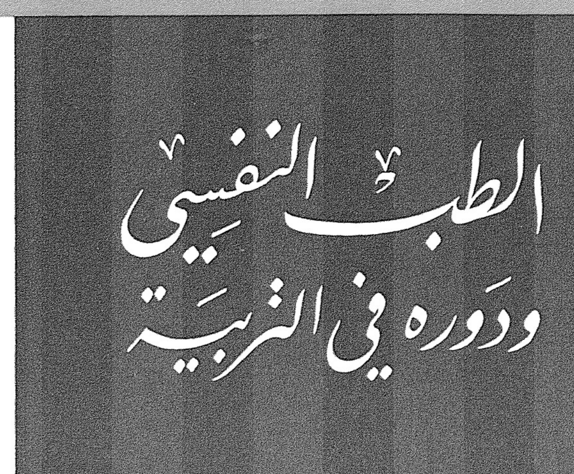
سلسلة علم نفس الطفل ٥



الطب النفسي ودوره في التربية

تأليف

الدكتور محمد أحمد النابلسي



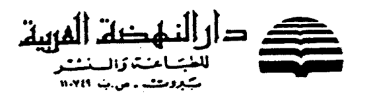
الطب النفسي
ودوره في التربية



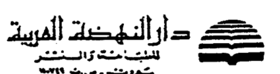
سلسلة علم نفس الطفل ٥

الطب النفسي ودوره في التربية

تأليف
الدكتور محمد أحمد النابلسي



١٤٠٨ هـ - ١٩٨٨ م



* الادارة: بيروت، شارع مدحت باشا، بناية كريدية، تلفون: ٣٠٣٨١٦/ ٣٠٩٨٣٠/ ٣١٢٢١٣
برقياً: دانهضة، ص. ب ٧٤٩-١١
تلكس: NAHDA 40290 LE
29354 LE

* المكتبة: شارع البستاني، بناية اسكندراني رقم ٣، غربي الجامعة العربية، تلفون: ٣١٦٢٠٢

* المستودع: بئر حسن، تلفون: ٨٣٣١٨٠

بِسْمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحْمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ

المقـدّمَة

بعد سنوات عدة من تركيز اهتمامهم على الطفل المعاق عقلياً والعاجز عن التكيف بدأ علماء النفس والأطباء النفسيين ـ العقليين بتوجيه أنظارهم نحو الوجه المُقابل للمشكلة ونعني به دراسة ومتابعة الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بمثل هذه الأمراض (دون أن يكونوا قد أصيبوا بها بعد). وبهذا نشأ الفرع الجديد المسمى بـ الطب النفسي ـ الوقائي Psychiatrie préventive.

ولعل أولى المشاكل التي يطرحها الفرع الجديد هي: كيف يمكن لطفل، يملك مختلف العوامل التي من شأنها إصابته بمرض عقلي، أن ينجو من الإصابة؟

إن الإجابة على هذا التساؤل من شأنه أن يزيد في القدرات العلاجية للطب النفسي وخاصة لجهة تجنيب، «الأطفال المعرضين»، لخطر الإصابة. في هذا المنحى تتمحور العديد من الأبحاث في محاولات دائبة لإيجاد الأجوبة على هذا التساؤل.

ونحن إذ نعرض في هذا الكتاب للطب النفسي ـ الطفلي ولدوره في التربية فإننا نتناول هذا الموضوع من كافة وجوهه.

فعرضنا لا يقتصر على تربية الطفل المعاق ولكنه يتعداه إلى مناقشة موضوع الوقاية النفسية وأحدث نتائجها كما ناقشنا فيه العوامل الخارجية المؤثرة في تطور الطفل ونموه النفسيين.

بناءً عليه فقد أتى تقسيمنا لهذا الكتاب على النحو التالي:

١ - الفصل الأول: العلاج الطبي - النفسي في خدمة التربية وفيه عرضنا لـ: تربية كل من الجنين، الرضيع، الطفل قبل المدرسي، الطفل المدرسي، تربية العميان، تربية الصم - البكم، تربية النطق، المتخلفين عقلياً كما عرضنا لموضوع التخلف المدرسي.

٢ - الفصل الثاني: التوجيهات النفسية - التربوية وفيه عرضنا لـ: الوقاية الطبية - النفسية، متى يلجأ الأهل للطبيب النفسي والمشاكل النفسية الشائعة عند الأطفال.

٣ - الفصل الثالث: الطب النفسي وتهيئة المربين. وفي هذا الفصل عرضنا لـ: «دور الأم في تربية الطفل، تربية الأطفال المعرضين للإصابة بمرضٍ عقلي، الطفل وخلافات الأهل، تربية الأطال العباقرة والعلاج العائلي».

فعلى مر العصور استخدم الإنسان كلمة التربية للدلالة على مجموعة من الأفعال المتعلقة بمستقبله وباستمراريته. فقد استخدمت كلمة التربية للدلالة على التنمية، الغذاء، الزراعة وغيرها. فالإنسان يربي الزرع والحيوانات والمستقبل

والعبيد. . . إلخ. إلا أن المفهوم المعاصر للتربية ينحصر في مجموعة الأفعال الواعية الهادفة إلى تكوين الإنسان ودفعه نحو التطور.

وإذا ما أردنا تعريف التربية بمفهومها اليوم لقلنا أن التربية هي فن بقدر ما هي علم وهي عملية إنسانية ذات أهداف وأطر محددة ترمي لتهيئة الإنسان للحياة من خلال:

١ - تهيئته للتكامل الفاعل في الحياة الاجتماعية.
٢ - تطوير مستواه النفسي والعضوي.
٣ - نقل القيم والتقاليد من المجتمع للفرد.

من خلال هذا التعريف يتبين لنا أن تربية الإنسان لا تنتهي في سن معينة إذ أن الإنسان يحتاج للتربية على مدى حياته. خاصة وأن حياتنا المعاصرة مليئة بالمواقف والمفاجآت التي تعرض الفرد لصعوبة الانتقاء فنراه يطلب النصح. وهذا النصح بدوره هو وجه من وجوه التربية. وهكذا فإن مفهوم التربية يتعدى تنشأة الأطفال إلى مفهوم أوسع وأعم ونعني به تنشأة الفرد ليعيش دون أن يسبب الألم لنفسه أو لمحيطه وليكون نافعاً لنفسه ولمحيطه في مختلف مراحل حياته.

وإذا ما أردنا استعراض مجالات التربية العامة في مجتمعنا المعاصر لرأينا هذه المجالات موزعة على النحو التالي:

١ - التربية البدنية: الهادفة لتأمين نمو الجسم بشكل

متناسق ، تعويد الفرد على نظام حياتي - صحي وتنمية وتقـوية قدراته الجسدية والذهنية .

٢ - **التربية الفكرية** : وتضم فروعـاً عديدة منهـا التـربية المهـنيــة ، الثقافـة العامـة ، تكوين فكرة علمية عن الـكون ، تكوين وتطوير الملكات الـذهنية كروح الملاحظـة ، التفـكير الخلاق ، وتنمية الميول والمواهب .

٣ - **التربية الأخلاقية** : وتشمل تربية الضمير الأخلاقي ، ترسيخ أسس وقواعـد التصرفــات الاجتمــاعية وتنمية الحس الوطني والروحي - إلخ .

٤ - **التربية الجمالية (الأستيتيك)** : وتعنى بتربية وتطوير المواهب الفنية ، تقييم أو خلق القيم الجمالية ، تكوين الحس الجمالي وتهذيب الأحاسيس الجمالية والعواطف .

٥ - **التربية الصحية** : وتعنى بالنواحي الصحية للإنســان على مختلف الأصعدة الجسدية والنفسية والجنسية . . . إلخ .

وبعد هذا الاستعراض الموجز لمبادىء التـربية العامـة وفروعها فإننا سنعمد فيما يلي إلى مناقشة تربية الطفل وفروع هذه التربية واختصاصاتها . وهي التالية :

١ - تربية الجنين .
٢ - تربية الرضيع .
٣ - تربية الطفل قبل المدرسي .

٤ ـ التربية المدرسية .

٥ ـ التربية الاختصاصية (وهي المهتمة بتربية الأطفال المعاقين عقلياً) .

٦ ـ تربية النطق . والنظر.

٧ ـ التربية المقارنة .

٨ ـ التربية الاجتماعية .

٩ ـ فلسفة التربية .

١٠ ـ الممارسة التربوية ـ التطبيقية .

١١ ـ التربية العلاجية .

ولا يحتاج المرء إلى الكثير من التدقيق حتى تتوضح له أسباب ووجوه التقاطع والالتقاء بين الطب النفسي من جهة وبين التربية من جهة أخرى . فكلا الفرعين يشتركان في الأهداف التالية :

١ ـ الحفاظ على تكامل الإنسان الجسدي والعقلي .

٢ ـ تأمين الظروف والأجواء الملائمة لنمو وتطور الكائن البشري وملكاته .

٣ ـ تهيئة الفرد للمساهمة في تطوير المجتمع الإنساني واستمراريته .

هذا بالنسبة للأهداف أما بالنسبة لميادين الالتقاء بين الفرعين فيمكننا تلخيصها في ثمانية نقاط هي :

١ ـ التربية الصحية .

٢ ـ العلاج النفسي ـ التربوي .
٣ ـ التخلف المدرسي والاضطرابات النفسية .
٤ ـ النجاح والتفوق والاضطرابات النفسية .
٥ ـ العلاج النفسي ـ التربوي للعميان .
٦ ـ العلاج النفسي ـ التربوي لاضطرابات النطق .
٧ ـ العلاج النفسي ـ التربوي للصم ـ البكم .
٨ ـ العلاج الطبي للمتخلفين عقلياً .

على أن ميادين الالتقاء بين الفرعين لا تتوقف عند هذه الفروع ، حيث يتم التقاءهما بطريقة مباشرة ، بل تتعداها إلى نقاط الالتقاء غير المباشرة وذلك من خلال الأدوار التوجيهية والأدوار التربوية غير المباشرة التي يلعبها الطب النفسي في مختلف ميادين التربية .

بناءً على هذه المعطيات فإننا سنعرض لموضوع التربية وعلاقتها بالطب النفسي من خلال الفصول الثلاث المشار لها أعلاه وهي :

١ ـ العلاج الطبي ـ النفسي في التربية .
٢ ـ التوجيهات الطبية ـ النفسية ـ التربوية .
٣ ـ دور الطب النفسي في تهيئة المربين .

طرابلس في ١/ ٤/ ١٩٨٧

د . محمد أحمد النابلسي
باحث نفسي ـ جسدي
أستاذ محاضر في الجامعة اللبنانية

الفَصْلُ الأول

العِلاج الطبّي ـ النفسي في خدمة التربية

١ ـ تربية الجنين .

٢ ـ تربية الرضيع .

٣ ـ تربية العميان .

٤ ـ تربية الصم ـ البكم .

٥ ـ تربية النطق .

٦ ـ تربية الأطفال المتخلفين عقلياً .

٧ ـ التخلف المدرسي .



إن مسؤولية الطب النفسي في تأمين ظروف التكامل العقلي والجسدي (وصولاً بالمجتمع إلى استغلال قدرات أعضائه على أفضل وجه ممكن) ـ تجعله مسؤولاً ومعنياً بصورة مباشرة عن عدد من المشاكل التي تبدو بعيدة عن حقل اختصاصه. فالطب النفسي معني مباشرةً في التدخل لحل عددٍ من المشاكل مثل الإدمان بكافة وجوهه، الشذوذ ومشاكل التربية... إلخ. وسنتناول في هذا الفصل المشاكل التربوية التي تحتاج لتدخل الطبيب النفسي مباشرةً. وعلى وجه التحديد فإننا سنعرض في هذا الفصل للمشاكل التربوية التالية:

١ ـ تربية الجنين.
٢ ـ تربية الرضيع.
٣ ـ تربية العميان.
٤ ـ تربية الصم ـ البكم.
٥ ـ تربية النطق.
٦ ـ تربية المتخلفين عقلياً.
٧ ـ التخلف المدرسي.

١ ـ تربية الجنين [١]

يختلف الباحثون في تحديد نسبة الذكاء الموروث فيراها بعضهم في حدود الـ ٦٨٪ في حين يؤكد بعضهم الآخر أنها تصل لغاية الـ ٩٠٪ وأياً كانت النسبة فإن ذكاء الجنين هو قاعدة الذكاء الإنساني وعليه فإن تربية الجنين تعتبر ركناً أساسياً في التربية الإنسانية.

أما عن دور الطب النفسي في تربية الجنين فيمكننا تلخيصه في النقاط التالية:

أ ـ توعية الحامل وتهيئتها النفسية:

تفتقر غالبية الحوامل للمعلومات الطبية الدقيقة حول ظروف الحمل النفسية والجسدية. كما تحتاج نسبة لا بأس بها منهن للعلاج النفسي بسبب الاضطرابات النفسية التي قد يتعرض لها أثناء حملهن (وحام غير طبيعي، كآبة، انهيار، قلق، رهاب الولادة... إلخ).

---

(١) خصصنا لهذا الموضوع كتاباً خاصاً به وهو كتاب ذكاء الجنين الصادر في طبعة ثانية منقحة ومزيدة في هذه السلسلة.

ب ـ النصائح الوقائية :

هنالك العديد من الأوضاع والمواقف التي يجب على الحامل تجنبها. ومنها الانفعالات العنيفة، تعاطي بعض العقاقير، تعاطي الكحول والمهيجات، التدخين والجهد الجسدي المبالغ.

من ناحية أخرى نلاحظ أن الحمل يفرض على الحامل عدداً من الخطوات اللازمة لتأمين استمرارية الحمل وتطوره في ظروفٍ طبيعية. ومن هذه الخطوات التزام الحامل ببرنامج غذائي من شأنه أن يزيد وزنها بنسبة ٢٠٪، على أن يكون غنياً بالأطعمة ذات المردود الغذائي العالي. كما يتوجب على الحامل أن تجري فحوصات دورية مع مراقبة حركات جنينها العاكسة لمدى تطوره. على أن تطورات الطب النفسي استطاعت أن تتخطى ظلمات الرحم وباتت تبشر بإمكانية تعليم الجنين وتطوير ذكائه. انطلاقاً من النظرية الهولوغرافية القائلة بأن تطور ملكة من الملكات العقلية يستتبع تطور باقي الملكات ولكن بدرجات متفاوتة. وهكذا فإن تشجيع الحامل لحركات جنينها من شأنه أن يطور ذكاءه الحركي وبالتالي قدراته العقلية ككل. وينصح الباحثون النفسيون بعدد من الخطوات التي من شأنها زيادة ذكاء الجنين ونخص بالذكر التالية منها:

١ ـ أن ننبه الحامل للعادات والحركات التي من شأنها زيادة حركة الجنين فتعمد لتكرارها.

٢ ـ علم الملامسة. ويقتضي ملامسة الحامل لبطنها استفزازاً لحركات الجنين. على أن هذه الحركات يجب أن تكون مدروسة ومحددة.

٣ ـ العمل على تشجيع إفراز الأندورفين في جسد الحامل سواء عن طريق الاسترخاء أو الموسيقى أو غيرها.

٤ ـ ضرورة إجراء الفحوص الطبية اللازمة لدى أدنى شك بوجود التشوه أو الإعاقة الحركية عند الجنين.

٢ - تربية الرضيع[١]

قبل نجاحهم في الاتصال بالجنين كان العلماء ينظرون للرضيع على أنه مجرد أنبوب هضمي يتلقى الغذاء ويفرز بقاياه دون أي شكل من أشكال الوعي. ولكن تغيرات جذرية طرأت على هذه المفاهيم. ويكفينا في هذا المجال التذكير بقول **البروفسور بيار مارتي** :[٢]

يأتي الطفل إلى هذا العالم مجهزاً بالآليات المناعية، الخمائر ومضادات الأجسام مما يتيح له الدفاع عن نفسه أمام الميكروبات، الفيروسات والأخطار الفيزيائية والكيميائية على أنواعها. وهذا التجهيز يتيح للوليد التكيف مع عوامل الإرهاق. ولكن هذا التجهيز لا يكون كافياً كي يؤمن، لوحده، للوليد استمرارية الحياة والحفاظ على صحة جيدة. ففي هذه الأمور يعتمد الوليد على أمه في تأمين نواقص تجهيزه.

وهكذا فإن الطفل ليس مجرد جسد ولكنه نفس أيضاً. ومهما

(١) خصصنا كتاباً في هذه السلسلة بعنوان ذكاء الرضيع.

(٢) الحلم والمرض النفسي والنفسدي - بيار مارتي، مركز الدراسات النفسية. ١٩٨٧. ومارتي هو مؤسس المدرسة الباريسنية للطب النفسي - الجسدي.

كان الجهاز النفسي للوليد بدائياً فإن له غرائزه وبالتالي لاوعيه والليبيدو الخاص به. وهذا الليبيدو يكون في البداية مقتصراً على النرجسية الأولية غير المتمايزة. وعليه فإن دور الأم لا يقتصر على تأمين استمرارية حياته وتمتعه بالصحة الجيدة ولكن دور الأم يتعدى ذلك إلى دور نفساني يتمحور حول قيام الأم بإعادة الشحن المستمرة للنرجسية الأولية لطفلها.

وهكذا فإن الوليد هو نفس أيضاً وهو يواجه القلق منذ لحظة ولادته. وقد وصف فرويد قلق الولادة بأنه أولى تجارب القلق في حياة الإنسان. ومن عناصر قلق الولادة الشعور بالاختناق الذي يعوضه الوليد عن طريق صرخة الولادة التي تتيح للوليد إدخال الهواء إلى رئتيه للمرة الأولى. فإذا ما اجتاز الوليد مرحلة الولادة بسلام فإنه سيواجه مشكلة نفسيه هي بمثابة أول صراع نفسي له في هذه الحياة. وينشأ هذا الصراع من حاجة الطفل للشحن النرجسي من قبل أمه وتردد الأم في القيام بهذا الدور. ويعود تردد الأم إلى جرحٍ نرجسي يصيبها بسبب عدم مطابقة مواصفات الوليد الحقيقي مع مواصفات الطفل الوهمي الذي كانت تتخيل أنها ستنجبه. وكلما ازداد هذا الجرح النرجسي عمقاً عند الأم كلما كان الصراع النفسي عند الوليد أقوى وأكثر أثراً. وفي هذا المجال يعرض أحد الأطباء النفسيين[1] حالة طفل في أشهره الأولى كان يتهرب بشكلٍ واع

(١) انظر ذكاء الرضيع في هذه السلسلة. ص.

من النظر إلى أمه. لأن هذه الأم كانت تود إنجاب طفلة فلما أنجبت الطفل أصيبت بجرح نرجسي جعلها تتصرف مع طفلها بطريقة دفعته لاتخاذ موقف منها.

وهكذا نختتم حديثنا عن ذكاء الرضيع بمجموعة من النصائح التي نوجهها للمرضعة وهي:

١ ـ منذ فترة الحمل على الأم أن تتأكد أن وليدها سيأتي مختلفاً كثيراً عن الطفل الوهمي الذي رسمته في خيالها.

٢ ـ يجب إجراء فحص طبي دقيق للوليد وذلك منذ لحظة ولادته. وفي حالات الولادة غير الطبيعية يجب التأكد من أنها لن تترك بصماتها على الوليد.

٣ ـ ضرورة إرضاع الطفل من الثدي (إذا لم تكن هنالك موانع طبية لذلك).

٤ ـ تلعب الملامسة الجلدية دوراً هاماً في الشحن النرجسي ومن الاتصال بالرضيع. لذلك ننصح الأم بالإكثار من الملامسات الجلدية لوليدها.

٥ ـ يجب على المرضعة التأكد من النمو العضوي ـ النفسي لطفلها في الحدود الطبيعية[1] وألا وجب عليها مراجعة الطبيب.

٦ ـ على الأم أن تشجع الارتكاسات الشرطية التي

(١) انظر جداول النمو العضوي ـ النفسي في المرجع السابق. ص.

يكونها الرضيع حديثاً. وأن تحاول استفزاز الـرضيع كي يعيد هذه الحركات والارتكاسات ويتمرن عليهـا. فإذا ما ضحـك الرضيع على الأم أن تشجعه على الضحك وتستفزه كي يضحك مرة أخرى. وقس عليه.

٧ ـ على الأهل أن ينتقوا طبيب أطفال ويعهدوا بطفلهم إليه حتى يتابعه في مراحل نموه ولقاحاته وحتى يحصلوا منه على التعليمات اللازمة.

٣ - تربية العميان Tiphlopedagogie

ويهتم هذا الفرع بتربية فاقدي البصر. وهذه التـربية لا تتوجه إلى الحاسة البصرية طبعاً ولكنها تتوجه لتنمية الحواس الأخرى في محاولات هادفة إلى التعويض عن أضرار فقـدان حاسة النظر.

وترتكز تربية فاقدي البصر على تنمية حاسة اللمس بشكل أساسي حتى يتوصل الأعمى للقـدرة علـى القـراءة عن طريق اللمس (على طريقة برايل Braile) كما تتضمن هذه الطريقـة تنمية حاسة السمع لتقوم بدور داعم لعملية اللمس في مساعدة الأعمى على إدراك ما يجري حوله. وقد تطور علم تربية فاقدي البصر حتى أصبحت لهم مدارسهم الخاصة التي تحدد برامجها وفقاً للحالة الخاصة بكل طفلٍ على حدة.

ويرى الباحثـان[١] Pop و Roth أن للأطفـال الضعيفـي البصر أمل في التكيف، حتى لو فقدوا بصرهم لاحقاً، يفـوق كثيراً آمال الأولاد المولودين فاقدي البصر. وينصحان بضرورة

---

(١) Roth, W. Pop, H: Problemes de defectologie 1970.

استغلال القدرات البصرية للطفل، وتدعيم ذاكرته البصرية، مهما كانت هذه القدرات محدودة.

والحقيقة أن دور الطب النفسي في هذه الحالات لا يقتصر على الوجه التربوي وإنما يتعداه إلى إصلاح اضطرابات شخصية الأعمى. فمن الثابت إحصائياً أن العمى يؤدي إلى نشوء الشخصية مضطربة وعرضة لانتكاسات انهيارية قد تظهر أحياناً لأتفه الأسباب. ويزداد الوضع النفسي تعقيداً كما يزداد العلاج النفسي صعوبة في حالات العمى التدريجي، أي عندما يعمى الشخص بعد تمتعه بنعمة البصر، ففي هذه الحالات نلاحظ ردود فعل نفسية عميقة وعنيفة منها محاولات الانتحار، الإحساس بفقدان الهوية الذاتية - النفسيه (يحس أن أفكاره قد تغيرت) والجروح النرجسية الناجمة عن فقدان الشخص لأهم حواسه على الإطلاق.

وفي نهاية حديثنا عن تربية العميان، ودور الطب النفسي فيها، لا يمكننا أن نهمل الجهود الجبارة المبذولة في هذا المجال. هذه الجهود التي يساهم فيها الطب النفسي في مختلف فروعه واختصاصاته «الفيزيولوجي - العصبي - النفسي، العصبي - النفسي، العقلي - الدماغي، الكيميائي - الدماغي، النفسي - الجسدي... إلخ).

وبالنظر للبشائر الجيدة لهذه الأبحاث[1] فإننا سنعرض لها

---

(١) تم عرض هذه الأبحاث بالتفصيل في كتابنا العقل والذاكرة.

بالإيجاز الممكن. وبنبدأ بتجارب .E. Roy. John . فقد قام هذا العالم بتحديد المنطقة البصرية في دماغ القط (في كلا نصفي الدماغ) ثم قام بتدميرها فكانت النتيجة إصابة القط بالعمى. ثم أتى الباحث بقط آخر فدمر المنطقة البصرية في دماغه الأيمن (محتفظاً بالمنطقة البصرية للدماغ الأيسر سليمة) فلم يصب القط بالعمى. وبعد أسبوعين من ذلك قام جون بتدمير المنطقة البصرية اليسرى. وكانت النتيجة أن القط ظل مبصراً. من هذه التجربة، المعروضة باقتضاب شديد[1]، استنتج جون نظريته الإحصائية القائلة بأن هنالك مناطق دماغية متخصصة لكل إحساس على حدة ولكن هذه المناطق ليست الوحيدة التي تستطيع القيام بهذه الوظائف الحسية. وذلك بدليل أن مناطق دماغية (غير مختصة بالبصر) قد تدخلت لتحول دون عمى القط بعد تدمير مناطقه البصرية الدماغية.

ونظرية جون الإحصائية نأتي لتدعيم النظرية الهولوغرافية التي ينادي بها الباحث Karl Pribram وهي تقول بأن كل خلية من خلايا الدماغ تحتوي على كامل معلومات الدماغ وإن كانت متخصصة بمعلومة معينة دون سائر المعلومات. أي أن الدماغ هو بمثابة فيلم هولوغرافي تحتوي كل نقطة منه على كامل الصورة[2].

---

(١) تم عرض هذه الأبحاث بالتفصيل في كتابنا العقل والذاكرة.

(٢) في الفيلم الفوتوغرافي العادي تحتوي كل نقطة من الفيلم على صورة نقطة =

والحقيقة أن هذه النظريات تفتح أبواب الأمل في وجه المهددين بالإصابة بالعمى وحتى في وجه العميان. وخاصة إذا كان سبب العمى دماغياً. أي أنه ناشىء عن عطل في الدماغ وفي المنطقة البصرية بالذات.

أما عن التجارب العملية الهادفة إلى تطوير تربية العميان وتعويضهم لخسارتهم فإن بعضها يطمح لرد البصر إلى الأعمى. ومن هذه التجارب سنقتصر على ذكر التالية منها:

أ - يجري الباحث Brendly [1] تجاربه لمحاولة إعادة الإبصار للعميان الذين نجم عماهم عن عطل عصبي محيطي (إصابة أعصاب العين أو العين نفسها) بحيث بقيت مناطقهم الدماغية - البصرية سليمة. وتقتضي هذه الطريقة زرع أقطاب كهربائية دقيقة (Microelectrodes)، يبلغ عددها الثمانون في المناطق الدماغية - البصرية. وهذه الأقطاب تتصل بآلة تصوير تلفزيونية تصور الواقع وتنقله للأعمى عن طريق الأقطاب الكهربائية. وذلك بحيث تقوم آلة التصوير مقام العين وتقوم الأقطاب المغروسة في الدماغ مقام الأعصاب البصرية.

وإذا تناولنا الأمر من وجهة نظرية بحتة فإن هذه الأقطاب

= من الشيء المصور أما في الفيلم الهولوغرافي فإن كل نقطة من الفيلم تحتوي على صورة الشيء المصور كاملا.

(١) من معهد لندن للطب العقلي - العصبي.

إذا ما زرعت بدراية فإنها يجب أن تمكن الأعمى من الرؤية . أما لو نظرنا في الأمر من الناحية التطبيقية فإننا سندرك دون أدنى شك الصعوبات التقنية الهائلة التي تعترض مثل هذا التطبيق . فما هي الخطوات التي استطاع Bredly تحقيقها في هذا المجال؟ . يذكر الباحث حالة مريضة توصلت للإحساس بالإبصار وإن بقيت عاجزة عن رؤية معلومات بصرية عادية كما يراها المبصر .

ويضيق بنا المجال هنا لمناقشة هذه التجارب ولذلك فإننا نوجز الرأي بالقول أن الاتصال المباشر بالدماغ يقتضي أولاً فهمنا للشيفرة التي يعمل من خلالها . هذه الشيفرة التي لا نفهم منها لغاية الآن سوى موجات التخطيط الدماغي وهذا غير كافٍ .

ب ـ تحتل حاسة اللمس المساحة الأكبر من اللحاء الدماغي مما يؤكد بأننا لا نزال عاجزون عن فهم هذه الحاسة وقاصرون عن ممارستها على الوجه الأكمل[1] . من هذا الواقع ينجم تركيز العلماء في اعتمادهم لهذه الحاسة لتعويض نقص بقية الحواس ومنها حاسة البصر . وآخر الأبحاث في هذا المجال هو ظهور آلة تترجم الموجات الضوئية إلى ارتجاجات . وبمعنى آخر فإن هذه الآلة (Betacon) تحول الخبرة البصرية إلى خبرة لمسية . وفي هذه الآلة تتكون

---

(١) انظر كتابنا العقل والذاكرة .

الحروف بشكل بارز على أثر تلقيها للموجات الضوئية. وبهذا يستطيع الأعمى معرفة الكلمة عن طريق لمسه للحروف البارزة. إلا أن هذه الطريقة لا تزال في بداياتها فالعميان الذين تجرى عليهم تجاربها لم يتمكنوا، عن طريقها، من قراءة أكثر من ٢٥ كلمة في الدقيقة. في حين أنهم يستطيعون قراءة مائة وخمسين كلمة في الدقيقة لدى اتباعهم لطريقة برايل (Braill) ولكن هذه التقنية قابلة للتطوير حتى أن هنالك آمال بأن تتوصل لمساعدة العميان في قراءة الصور.

ج - من المبادىء ذاتها يطور فريق .E. Roy Jhon أساليب عمله في مختبره التابع لقسم الأبحاث النفسية - الفيزيولوجية في جامعة نيويورك. فبعد أن توصل هذا العالم إلى تأكيد قدرة الدماغ على تحليل المرئيات بالرغم من تدمير المناطق البصرية فيه (راجع تجربة القط) يتابع هذا العالم جهوده المتميزة بإمكانية علاج العمى الناجم عن إصابة دماغية. ذلك على عكس بقية الأبحاث التي تسعى لإصلاح العمى الناجم عن إصابة عصبية محيطية.

وإذا كانت نتائج هذه الأبحاث والأبحاث الموازية لها والمستوحاة من النظرية الإحصائية لجون لم ترى النور بعد إلا أننا نعرض لبعض هذه الاختبارات ومنها:

١ - عندما تكون الإصابة بالعمى الدماغي تدريجية فمن الأفضل تعمية إحدى العينان عن طريق تضميدها بحيث يتم

التعطيل الوظيفي لإحدى المناطق الدماغية البصرية وذلك بهدف إتاحة الفرصة للخلايا البديلة كي تتمرن على ممارسة دورها الجديد.

٢ - يمكن تطوير آلة الـ Betacon بحيث تحول الخبرة البصرية إلى خبرة لمسية ولكن مباشرةً هذه المرة بمعنى أنها تثير مناطق معينة في الجلد ترمز كل واحدة منها إلى حرف معين. عوضاً عن تسببها في ظهور الحروف.

على أن غالبية أبحاث جون وفريقه لا تزال طي الكتمان[1] وهي تجارب تحترم مبدأ عدم تقديم الأهمية العلمية على مصلحة المريض. وبناءً عليه فإن هذه التجارب تجري على الحيوانات قبل إجرائها على البشر (غالباً على القطط).

---

(١) عرضنا لبعض تجاربه في كتابنا العقل والذاكرة.

٤ ـ تربية الصم ـ البكم Sourdologie

إن اللغة المحكية هي الآلية الأساسية لنمو ملكة التفكير وتسلسلها عند الإنسان. والعلماء وإن اختلفوا في تحديد أهمية الدور الذي تلعبه اللغة في نمو الذكاء البشري إلا أنهم متفقون على كون اللغة عاملاً رئيسياً من عوامل تفوق الإنسان على باقي الحيوانات.

وبما أن التقليد يلعب دوراً أساسياً في مختلف عمليات التعلم فإن عجز الطفل عن السماع، نتيجة لإصابته بالصمم، يعيقه عن تعلم اللغة وبالتالي عن الكلام. وهذه الإعاقة قد تصل إلى حد العجز المطلق عن الكلام وفي هذه الحالة يتسبب الصمم في إحداث البكم.

وتلافياً لحدوث مثل هذه الحالات فإن الفرع الطبي - النفسي المسمى بالـ Sourdologie (أي علم تربية الصم) يساعد الطفل الأصم على تخطي صعوبات الكلام من خلال عدد من الطرق المتخصصة والمسماة بـ Sourdo pedagogie (أي تربية الصم). وتستند هذه الطرق على ثلاثة عناصر أساسية هي:

أ ـ التقليل من الاعتماد على حاسة السمع: (المفقودة) عن طريق تطوير الحواس الأخرى السليمة. وهكذا يتوجه المعالج لحاسة النظر لدى الطفل الأصم معلماً إياه قراءة حركات الشفاه أثناء الكلام ومعوداً إياه على حفظ الحركات التي تصدر الأصوات. فإذا ما توصل الأصم إلى حفظ هذه الحركات في ذاكرته النظرية فإنه يتوصل بذلك إلى فهم ما يقوله الآخرين كما يتوصل هو نفسه للكلام عن طريق تقليده لهذه الحركات.

كما يعمد المعالجون إلى تنمية حاسة اللمس، خاصة على مستوى الأصابع Dactologie ، لدى الأطرش، وذلك بحيث يرمز لكل مخرج صوتي بحركة معينة للأصابع.

ب ـ تربية بقايا حاسة السمع: في غالبية الأحيان لا يكون الصمم كاملاً بل أن الأذن تحتفظ ببعض قدراتها السمعية التي وإن كانت بسيطة وغير كافية إلا أنها صالحة للتطوير والاستغلال عن طريق التربية. وتسمى هذه الطريقة بالأذنية Methode Auriculaire لمؤسسها Tard .

ج ـ تهذيب وتطوير مختلف الملكات النفسية: الانتباه، الإرادة، التفكير، الذاكرة، التفاعل، . . . إلخ.

وفي غياب هذه العلاجات يتأثر التوازن النفسي للطفل تأثيراً بالغاً من شأنه أن يصل أحياناً إلى مرحلة التخلف العقلي. فغياب العلاج يؤدي، كما سبقت الإشارة، إلى العجز عن

الكلام إضافة إلى الصمم . وهذا الوضع يجعل المريض عاجزاً عن الاتصال بالآخرين ويفرض عليه عزلة إجبارية تزيد من إعاقته عن التعلم . كما أن هذه العزلة تدفعه نحو الانهيار الذي يمكن أن يتطور إلى حد الهذيان . حتى إن إحصاءات الطب النفسي تنبأنا عن حالة هذيان خاصة بالصم . وتسم هذه الحالة بـ: الهذيان العظامي للصم .

الهذيان العظامي للصم :

ويصيب هذا الهذيان عادةً أولئك الذين يفقدون سمعهم بعد فترة من تمتعهم بهذه الحاسة . وبخاصة عندما يكون لدى هؤلاء أرضية نفسية ـ عظامية (كبرياء مبالغ ، قساوة نفسية ، متشكك . . . إلخ) .

في مثل هذه الحالات يأتي الصمم ليزيد العقدة الدونية لدى هؤلاء الأشخاص مما يدفعهم إلى زيادة الشك والشعور بعدم الأمان وبصعوبة الاستمرار . ولذلك فإنهم ميالون لتفسير حركات الأشخاص المحيطين بهم وحركات شفاههم على أنها إهانات لهم وسخرية منهم . وبالتالي فإن شعورهم بالظلم يتنامى . ويضاف إلى ذلك بعض التهيؤات السمعية والمظاهر الانفعالية العنيفة التي تبلغ أحياناً حد العدائية المبالغة .

على أن هذه الحالة لا تصيب أعداداً كبيرة من الصم لأنها تشترط وجود الأرضية العظامية (البارانويا) إلى جانب الصمم . ولكننا إذا ما راجعنا ملاحظات بيتهوفن لأدركنا أن الصمم يسبب

اضطرابات مختلفة في الشخصية لدى جميع المرضى.

الأبحاث الحديثة في علاج الصم:

بعد التطورات الهامة في تصنيع السماعات الطبية، التي باتت قادرة على حل مشاكل اضطراب السمع عند عدد كبير جداً من المرضى، تتوجه الأبحاث نحو إيجاد الحلول الجذرية لمشكلة الصمم. ولعل أبرز هذه الأبحاث وأقربها للتحقيق في المدى المنظور هي التي تعمل على تحقيق الطريقة التالية:

يزرع تحت الجلد، في أماكن متفرقة، مستقبلات صوتية ترسل صدمة كهربائية خفيفة (شبيهة بالدغدغة). وذلك بحيث تتخصص كل واحدة منها بمخرج صوتي معين. (A. O. I. E. U. OU...) . بهذه الطريقة تتحول حاسة اللمس إلى مساعدة لحاسة السمع عن طريق قيام الجلد بتحويل الارتجاجات وترجمتها إلى إدراك سمعي. وهذه الطريقة وإن كانت لا تزال تلاقي العديد من الصعوبات التقنية إلا أنها أثبتت نجاحها التجريبي. كما يتم حالياً تطوير جهاز اليكتروني لاقط للصوت ومتصل مباشرة بالعصب السمعي.

٥ ـ تربية النطق

هي فرع من فروع التربية الاختصاصية وتعنى بعلاج صعوبات النطق والكلام. وهذه الصعوبات تقسم إلى:

أ ـ **الصعوبات اللفظية** وتقسم بدورها إلى:

١ ـ صعوبات لفظ بعض الأحرف (ذات الوقع العالي) مثل س، ش، ز، ج. وكذلك صعوبة لفظ الراء (ر).

٢ ـ صعوبة لفظ بعض مقاطع الكلام.

٣ ـ صعوبة لفظ بعض الجمل.

٤ ـ التأتأة الارتعاشية: [1] يعيد لفظ المقطع الأول عدة مرات.

٥ ـ التأتأة النبرية: تشنج وجهد يسبقان لفظ المقطع الأول.

٦ ـ التأتأة المكبوتة ـ المعقدة: حيث تتخلل فترة من التشنج المرحلة بين السؤال والجواب.

(١) التأتأة أو عصاب النطق Logonivrose هي واحدة من أكثر اضطرابات النطق انتشاراً. وهذه الأعصبة تعود في غالبيتها لصعوبات علائقية مع المحيط.

٧ ـ التأتأة التي تجمع بين الأشكال المذكورة أعلاه وهي الأكثر انتشاراً.

ب ـ صعوبات النطق الناجمة عن الأمراض العقلية:

ويمكن لهذه الصعوبات أن تتبدى بشكل ترداد الكلمات (سرعة أو بطء الحديث) أو بشكل اضطراب نبرات الصوت (الحديث على وتيرة واحدة، الصراخ... إلخ)، أو باضطراب نمط الكلام (الخرس العقلي[١]، كثرة الكلام دون ترابط منطقي، الإعاقة النفسية عن الكلام... إلخ)، أو انعدام الترابط المنطقي بين الأفكار الواردة في الحديث وأخيراً الاضطرابات اللفظية (اختراع ألفاظ غير مألوفة، نابية أو رمزية... إلخ).

ج ـ صعوبات النطق الناجمة عن إصابات عصبية:[٢]

تتسبب بعض الإصابات العصبية بفقدان المريض للقدرة على لفظ بعض الحروف، المقاطع أو الكلمات. كما تتسبب أحياناً في إحداث الصمم الانتقائي (يعجز عن فهم بعض الكلمات).

---

(١) الخرس العقلي وهو امتناع الطفل عن الكلام بالرغم من قدرته عليه. ويظهر هذا النوع من الخرس في الأمراض العقلية المتسمة بالعناد، بإيذاء الذات والآخرين. كما يعتبر الخرس الهستيري نوعاً من أنواعه.

(٢) وتحدث هذه الإصابات العصبية بإعاقة في النطق تشبه الشلل في الجهاز الحركي. ومن هنا تسمية البعض لهذه الاضطرابات بـ شلل النطق.

ويختلف علاج هذه الاضطرابات باختلاف مسبباتها. فإذا كان سببها عائداً لتشوهات تشريحية لجهاز النطق (تشوهات الفك أو انغراس الأسنان بطريقة غير طبيعية، تشوه الأنف، الزوائد الأنفية، تشوه الحنجرة، أو شلل الأعصاب المغذية لجهاز السمع) فإن علاج اضطراب النطق يتوجه نحو إصلاح التشوه التشريحي المؤدي إلى الاضطراب. أما إذا كان اضطراب النطق ناجماً عن أسباب وظيفية غير محددة فإن علاجه عندها يدخل في نطاق تربية النطق Logopedie .

تقنيات تربية النطق Logopedie :

يصر إخصائيي الطب العصبي - الفيزيولوجي على اعتبار هذه الاضطرابات بمثابة انعكاسات عصبية - فيزيولوجية مؤثرة على أكثر من صعيد. ومن هنا إصرارهم على اتباع أساليب علاجية متداخلة. فهم ينصحون بالعلاج الدوائي والتربوي والحركي.

- العلاج الدوائي:

ويقتضي هذا العلاج الجمع بين العقاقير التالية: ١ - مضاد للانهيار ويفضل الـ (Amitryptiline)، ٢ - مهدئات عظمى ويفضل الـ (Sulpiride) ، ٣ - مهدىء بسيط ويفضل الـ (Librium) . وتختلف الجرعة المعطاة باختلاف العمر والحالة.

- العلاج التربوي:

وهـو علاج معقـد يقتضـي تدخـل معالـج مختص (Logopedicien - Phoniatre). وفيما يلي سنحـاول اختصـار مبادىء هذا العلاج وعرض خطوطه العريضة القاضية بتحديد الكلمات (أسماء، مواقف، أشخاص، أفكار... إلخ) التي تتسبب في ظهور التأتأة. ومن ثم محاولة إيجاد نص بعيد عن هذه الكلمات بحيث يتوصل المريض إلـى الحـد الأدنـى من التأتأة[1]. وعندهـا يتـم تسـجيل حديثـه علـى شريط كاسيت. وعندما نعيد هذا الشريط على مسمع من المريض فإننا نساعده على وعي اضطراب النطق لديه. وبعدها نعيد الشريط من جديد مع الطلب إلى الطفل أن يكرر الكلمات المسجلة بصوته وذلك لغاية تمرنه عليها بشكل جيد.

في هذه المرحلة نعيد التسجيل ونقارنه بالتسجيل الأول على مسمع من الطفل كي نتيح له ملاحظة التقدم الذي استطاع إحـرازه. الأمـر الـذي يشجـع الطفـل ويزيد من تجاوبـه مع العلاج. وبطبيعة الحال فإن العلاج التربوي لا يهمل دراسـة الظروف البيئية - التربوية للطفل وبالتالي دراسة عوامل الشدة (Stress) التي يعانيها الطفل (غيرته من إخوته، رغبة بالاحتفاظ

(١) من خلال تجربتنا نرى أن النصوص التي يمكن للمريض التحدث فيها دون تأتأة، أحيانا وكأنه سليم تماما، هي القصائد المحفوظـة جيدا والمقاطـع والتراتيل الدينية.

باهتمام الأم، وربما المحافظة على العلاقة مع المعالج، خوف من الأهل أو من الإخوة. . . إلخ) وهي عوامل تقتضي التدخل للتخفيف من آثارها وقد نضطر أحياناً لاستخدام العلاج العائلي[1].

- العلاج الحركي:

من الملاحظات المهمة في هذا المجال أن هذه الاضطرابات مرتفعة النسبة لدى الطفل الأعسر (يستعمل يده اليسرى) ولدى الأطفال الذين يعانون في إعاقات حركية. وهذه الملاحظة تدعم أهمية العلاج الحركي في هذه الحالات. وهذا العلاج يختلف باختلاف المدرسة العلاجية التي ينتمي إليها الطبيب وباختلاف الآلات والإمكانيات المتوافرة. وهي تتراوح بين الرياضة، الرسم، تربية الأصابع، الألعاب الإليكترونية من نوع الـ (ATTARI) وألعاب الكومبيوتر.

وفي النهاية لا يمكننا تجاهل العلاج بالتنويم المغناطيسي المطبق على بالغين بقوا على إعاقتهم منذ عهد الطفولة. وهو من العلاجات التي تعطي نتائج سريعة.

---

(١) سنعرض لهذا العلاج في الفصل الثالث من هذا الكتاب.

٦ ـ تربية الأطفال المتخلفين عقلياً
Oligophrenopedagogie

كما يوحي اسمها فإن هذه التربية تهتم بالأطفال الذين يشكون نقصاً في نمو قواهم العقلية. والحقيقة أن تاريخ هذه المدرسة ابتدأ في العام ١٧٩٧ عندما اكتُشِفَ متوحش آفيرون[١] وتولى محاولة تربيته العالم الفرنسي J. M. I tard [٢] وتابع المسيرة من بعده (١٨٢٤) Belhome ، (١٨٢٨) Ferus ، (١٨٣١) Farlet و (١٨٣٩) Voisin .

على أن ظهور أول مدرسة لتربية المعاقين عقلياً تأخر لغاية العام ١٨٤٦ حين أنشأ Ed. Seguim أول مدرسة من هذا النوع. وقد خرج هذا المربي ـ الطبيب من تجربته بأسس علمية لا تزل معتمدة لغاية الآن وهي تتلخص بـ:

١ ـ تختلف التربية باختلاف عمر المتخلف.

٢ ـ تختلف التربية باختلاف نوعية التخلف ودرجة حدته.

---

(١) متوحش افيرون Le sauvage d'Aveyron .

(٢) وكان هذا العالم يعمل في المعهد الوطني الفرنسي لتربية الصم ـ البكم. وبتوليه تربية هذا المتوحش أصبح Itard يعتبر مؤسس علم تربية المتخلفين عقليا.

٣ ـ تختلف التربية باختلاف الحالة، أي من طفل لآخر.

٤ ـ يجب أن تكون التربية تدريجية وعلى مراحل هي التالية:

أ ـ تنمية القدرات الحركية للمعاق.

ب ـ تنمية حواسه وقدراته الإحساسية.

ج ـ تنمية قدراته الفكرية ـ التعلمية.

د ـ تنمية ملكاته العقلية (إرادة، انتباه، تفكير... إلخ).

هـ ـ تهيأته لممارسة مهنة تتفق مع قدراته العقلية وتمكنه قدر الإمكان من الاعتماد على نفسه والاكتفاء الذاتي.

وهذه المبادىء لا تزال متبعة كخطوط عريضة في تربية الأطفال المعاقين عقلياً. وفي العام التالي ١٨٥٢ هاجر Seguin إلى الولايات المتحدة وتابع هنالك أبحاثه فتوصل إلى تقسيم برامج تربية وتعليم المتخلفين إلى ثلاثة فئات هي:

١ ـ فئة المعاقين الذين لا يمكن تربيتهم:

وتضم هذه الفئة المخبولين Idiotes [1]. ومع هؤلاء يجب بذل الجهود للتوصل إلى تعليمهم العادات الأساسية مثل

---

(١) المخبول: Idiot ويكون مستواه الذهني أقل من ٢٠ حسب مقاييس T.M وهذا الطفل يحتاج لعناية خاصة، وللمساعدة حتى في عملياته الأساسية (المرحاض، اللبس... إلخ).

التحكم بالبول والبراز، الوقوف على الرجلين والمشي، تناول الطعام وارتداء الثياب. وفي الحالات الحادة لا يمكن تعليمهم حتى هذه العادات الأساسية.

٢ ـ فئة المعاقين الذين يمكن تربيتهم جزئياً:

وتضم هذه الفئة الأطفال الحمقى Imbeciles الذين يمكن تربيتهم لغاية اكتسابهم لبعض القدرات الحركية لبعض القدرات الحركية والذهنية البدائية بما فيها تعلم المهن البسيطة. وذلك بحيث يتمكن هؤلاء من القيام ببعض الأعمال المنزلية وبعض الأشغال اليدوية البسيطة.

٣ ـ فئة المعاقين الذين يمكن تربيتهم:

وتضم هذه الفئة الأطفال المعتوهين أو الأغبياء Debile mentale الذين يمكن تعليمهم في مدارس خاصة بهم بحيث تتم تهيئتهم لتعلم المهن (كل حسب قدراته) التي تتيح لهم الاعتماد على أنفسهم لكسب قوتهم.

أما بالنسبة للأطفال المتراوحين، أي الذين تتراوح قدرتهم[٣] (Q. I.) بين ٧٠ و ٩٠٪ فيستطيعون التكيف مع ظروف

---

(١) الأحمق: Imbecile ويتراوح مستواه الذهني وفق مقاييس Terman - Meril بين ٢٠ و ٥٠ (الطبيعي ١٠٠).

(٢) الغباوة: Debile ويتراوح مستواه الذهني حسب Terman - Meril بين ٥٠ و ٧٠.

(٣) Quotient in telectuel ويقصد بها القدرة العقلية وهي في الحالة الطبيعية تساوي ١٠٠.

المدرسة العادية في مرحلتيها الأوليتين ولكنهم يعجزون عن متابعة الدراسة بعد ذلك.

بعد هذا العرض السريع لمنشأ تربية المعاقين عقلياً ولأسسها نأتي الآن إلى استعراض التطورات الحديثة الطارئة على هذا الميدان. وهي من الكثرة بحيث يصعب حصرها واتخاذ المواقف منها. لذلك فإننا سنركز في هذا العرض على أهم هذه التطورات وعلى تلك التي تفتح آفاقاً جديدة في هذا المجال.

ومن المهم الإشارة ومنذ البداية إلى موقفنا الخاص من هذا الموضوع والزاوية التي ننظر من خلالها إليه. وذلك منعاً للالتباس ولسوء الفهم. ويتلخص هذا الموقف بالنقاط التالية:

١ - إن الإعاقة العقلية غير قابلة للشفاء. وبناءً عليه فإن الشفاء هو أمر يجب استبعاده كهدف من أهداف هذه التربية المتركزة على تأمين تكيف أفضل للمعاق.

٢ - إن روائز الذكاء على أنواعها لا تستطيع قياس القدرة العقلية الفعلية[1] للإنسان. ونحن إذ نقبل بقياس القدرة العقلية من خلال هذه الروائز فإننا نفعل ذلك بشكل مبدأي ولا نعتبره قياساً قاطعاً في نتائجه. ونحن ميالون لإعطاء علامة أكبر انطلاقاً من قابلية الطفل للتعلم وليس انطلاقاً من معلوماته الحالية.

(١) عرضنا رأينا مفصلاً حول هذا الموضوع في كتابنا العقل والذاكرة.

٣ - يجب التفريق دوماً بين المهارات الذكائية (التي تدل على الذكاء) وبين المهارات المتعلمة (التي يتعلمها الطفل بشكل حركي - تلقائي دون فهم أبعادها). وبما أن المتخلف يملك القليل من المهارات الذكائية فإن تركيزنا يجب أن يتمحور حول المهارات المتعلمة والعمل على زيادتها استناداً إلى المهارات الذكائية المتوافرة وإمكانية تطويرها.

مدارس تربية المتخلفين:

في الواقع أن تربية المتخلفين عقلياً قد اجتذبت مختلف المدارس النفسية على كافة توجهاتها وكذلك مختلف فروع الطب وحديثاً العاملين في مجال الآلات والإليكترونيات. ومرد ذلك إلى أن هذه التربية تطرح معضلة العقل الإنساني بكافة جوانبه الغامضة. ولقد رأينا أن نقوم بعرض سريع للمدارس النفسية والطبية التقليدية وآرائها في هذا المجال قبل استعراضنا للتطورات الحديثة الطارئة في هذا المجال. ونبدأ بـ:

١ - **المدرسة التحليلية**: استبعدت هذه المدرسة المرضى الذهانيين منذ البداية. وذلك بسبب عجز الذهانيين عن دفع تداعي الأفكار بشكل منطقي. ولذلك فقد أتت مجمل تجارب هذه المدرسة (في تربية المعاقين) ناقصة وغير مرضية.

٢ - **مدرسة علم نفس الشكل (الجيشتالت)**: وقد كانت لتجارب كرتشمر، وهو أحد مؤسسيها تأثيراً كبيراً على آرائها

وعلى مواقفها من المتخلفين. خاصة وأن كرتشمر أجرى تجاربه على القردة المتطورة. وقد حققت هذه المدرسة بعض التطورات العلاجية على يد فريدريك برلس F. Perls إلا أنها لم تستطع أن تضع برنامجاً محدداً فيما يتعلق بعلاج الذهان والتخلف العقلي وتربية المصابين بهما.

٣ ـ العلاج الإدراكي: وهو غير مجدٍ في هذه الحالات بسبب نقص الإدراك الناجم عن الاضطراب العقلي.

٤ ـ العلاج الطبي ـ النفسي: فيما يتعلق بهذا الموضوع فإن النظرية السائدة حالياً في أوساط الطب النفسي، والطب النفسي للأطفال Pédopsychiatrie على وجه الخصوص، هي نظرية تجمع بين عددٍ من الاتجاهات العلاجية في آنٍ معاً. وبطبيعة الحال فإن هذا العلاج المتشعب يقتضي مشاركة عدد من الاختصاصيين (معالج نفسي، مربي، معالج استرخاء... إلخ) للطبيب النفسي. وإذا أردنا أن نرسم صورة هيكلية لهذا العلاج لرأيناه على النحو التالي:

إ ـ العلاج الدوائي: بما أننا أمام حالات ذهانية ـ عقلية فإن هذا العلاج يتمحور على المهدئات العظمى وذلك تبعاً لدرجة هياج الطفل وعدائيته. كما تستخدم مشتقات الفيتامينات ب، بخاصة الـ ب ٦، في محاولة لتنشيط الملكات الذهنية للمريض وتجنب الآثار الجانبية للمهدئات.

ب ـ العلاج الاسترخائي: وتطبيق هذا العلاج على

الأطفال، وخاصة المتخلفين منهم، يقتضي تقنيات خاصة أنجحها في رأينا طريقة البروفسور M. Sapir المسماة بتقنية الحث (inductions multiples) . وتقتضي بألا ندعو الطفل مباشرةً للاسترخاء وإنما نبدأ الجلسة مع عدد محدود من الأطفال[1] يطلب منهم في البداية أن يحاولوا رسم شيء معين وبعد ذلك يدعى الأطفال للتمدد في الوضع الاسترخائي. وتجرى هذه الجلسات بمعدل جلسة واحدة أسبوعاً (مدتها نصف ساعة) ويراعى في انتقاء الأطفال تقارب مستواهم الذهني وكون هذا المستوى كافياً لتقبل تعليمات الاسترخاء وممارستها.

ج - العلاج بالموسيقى: يرى المحللون[1] أن الموسيقى تشجع المريض على سلوك المسارات النكوصية. وإذا كان تغيير الحروف في اللغة المحكية يؤدي إلى تغيير المعنى فإن ذلك لا يعني الشيء نفسه بالنسبة للموسيقى التي يعتبرها لاكاس[2] لغة لا تفرض المعاني وإنما تسمح لكل شخص أن يتفاعل معها بفردية.

من جهة أخرى يقرر الأطباء أن سماع الموسيقى يشجع إفراز الأندورفين الذي يلعب دوراً هاماً في تحسين مزاج الشخص.

(١) يجب ألا يتجاوز هذا العدد الأربعة أطفال للمجموعة الواحدة وذلك تلافياً لتحول الجلسة إلى صف مدرسي مشاغب.

(٢) Pierre Paul Lacas: La voix mere. dans Journal de Psychanalyse.

بناءً على هذه المعطيات يتم علاج وتربية المتخلفين عقلياً عن طريق الموسيقى عن طريق تعليمهم التعبير عن تفاعلهم معها من خلال الرقص (تفرع عن ذلك ما يسمى العلاج بالرقص).

على أن انتقاء الموسيقى الصالحة في علاج المتخلفين يخضع لقواعد خاصة يحددها المعالجون بالموسيقى. وعلى وجه العموم فإنهم يصفون في هذه الحالات المقطوعات التالية: السيمفونية السادسة لـ تشايكوفسكي وRapsodia din ungara لـ ليزت (Liszt).

وهذه الجلسات يجب أن تجرى بشكل يومي. لأن الموسيقى هي واحدة من أسهل طرق الاتصال مع الطفل المعاق. فالموسيقى هي وسيلة اتصال غير محكية، توفر على المريض التباسات التفكير، والإعراب الخاطىء منها وعن المشاعر، وذات طبيعة عاطفية ـ انفعالية. فإذا ما تم إقناع الطفل باتباع الموسيقى كوسيلة اتصال فإننا بذلك نكون قد نمينا عنده قدرة التكيف الاجتماعي والتعاطي مع المحيط.

وهذه الجلسات تجري بشكل جماعي (بغض النظر عن المستوى الذهني) ويشجع الأطفال خلالها على الغناء (مثل الكورس) وعلى الرقص.

د ـ **العلاج باللعب**: ويعتمد هذا العلاج الألعاب الجماعية التي تراعي المستوى الذهني للأطفال. وتطور هذه

الألعاب تدريجياً. ومن هذه الألعاب الإليكترونيات.



هذه الألعاب الخاصة بالمتخلفين عقليا لا تترك بين المشتركين خاسرا واحدا. فجميعهم رابحون من أولمبياد المعاقين.

٥ - اقتراحات علاجية :

بعد استعراضنا لمختلف المدارس العلاجية العاملة في مجال تربية المعاقين عقلياً فإننا نود أن نعرض لآرائنا الشخصية في هذا المجال. وآرائنا هذه ترتكز على النظريات والأبحاث التالية :

١ - نظرية مارتي في تنظيم الجهاز النفسي :

يرى هذا المحلل[1] أن تنظيم الجهاز النفسي يتم على

(١) راجع الحلم والمرض النفسي والنفسدي، بيار مارتي، منشورات المركز ١٩٨٧ صفحة ٦٧.

الوجه الآتي: لكل وظيفة نفسية علاقاتها المتداخلة مع وظائف نفسية أخرى. وكلما زادت هذه العلاقات كلما أدى ذلك إلى انصهار هذه الوظائف واختصارها في مجموعة وظيفة واحدة. وهذا الاختصار من شأنه أن يفقد الوظيفة الأساسية بعض قدراتها على الارتباط. ويرى مارتي أن الرقابات[1] النفسية إنما تنشأ عن هذا العجز. وبدورها فإن كل مجموعة من هذه المجموعات تتداخل مع عدد من المجموعات الأخرى حتى تختصر جميعها في مجموعة كبيرة واحدة. في هذا الاختصار تفقد المجموعة أو المجموعات الأساسية بعض قدراتها على الارتباط. وبهذا تزداد الرقابات عمقاً وقوة.

٢ ـ نظرية الهولوغراف الدماغي:

وقد تم شرحها سابقاً ونعيده باختصار. تعتبر هذه النظرية أن الدماغ يعمل وفق مبدأ الهولوغراف. فإذا كانت كل نقطة من الهولوغراف تحتوي على صورة كاملة للشيء المصور (على عكس فيلم الفوتوغراف حيث تكون كل نقطة من الفيلم مطابقة لنقطة من الشيء المصور) فكذلك الدماغ فإن كل خلية منه تحتوي على كامل معلومات الدماغ (وإن بشكل غير واضح)[2]. بل أن هنالك العديد من الدلائل على أن كل خلية

---

(١) الرقابة النفسية Censure :

(٢) كلما صغر حجم الفيلم الهولوغرافي كلما كانت الصورة أقل وضوحاً وبعداً عن كونها ثلاثية الأبعاد.

من خلايا الإنسان تعكس صورته كاملة (البصمات، الخلايا ـ الكروموزومات، علم دراسة حدقة العين. . . إلخ)[1].

وبناءً على هذه النظرية فإن إعاقة واضطراب أية ملكة عقلية ينعكس بشكل أكيد على مختلف الأصعدة. الوظيفية النفسية. وعليه فإن تربية المعاق وتأهيله يجب أن تتوجه نحو تطوير وتمرين كافة وظائفه النفسية وخاصة الإدراكية منها. لأن هذا التطوير ينعكس إيجاباً على جميع الأصعدة ومنها القدرة على التعلم والقدرة على التكيف مع المجتمع.

٣ ـ تجربة ميدانية:

وهذه التجربة كنا قد أجريناها في كرايوفا في العام ١٩٨١[2] ومن نتائجها التي تهمنا في هذا المجال نذكر:

أ ـ أن الضحك هو أولى وسائل اتصال الرضيع بمحيطه. وظهور الضحكة الأولى (المعدل الوسطي ٣٧ يوماً بعد الولادة) هو مؤشر النمو العضوي ـ النفسي للرضيع.

ب ـ إن الطفل وفي عمر مبكر (٧ أشهر) يبدأ بضحك المفارقات أي أنه يعرب عن طريق الضحك قدرته على فهم المفارقات. فهو يضحك إذا ما رأى أمه تقلده في الدبيب أو عندما يراها ترضع المصاصة كما يفعل هو. . . إلخ.

(١) عرضنا لهذه النظرية ولحجمها بالتفصيل في كتابنا العقل والذاكرة.

(٢) عرضنا لهذه التجربة ولنتائجها في كتابنا العقل والذاكرة، كما عرضنا قسماً منها في كتابي ذكاء الجنين وذكاء الرضيع الصادرين في نفس هذه السلسلة.

ج ـ حاجة الطفل للملامسة الجلدية التي بدونها يضطرب نموه النفسي والجسدي.

د ـ المرحلة الحرجة وهي المرحلة التي يظهر فيها الطفل قابلية فائقة للتعلم والتي يصعب تعليمه، بعدها ما لم يكن قد استغلها بشكل مرضٍ.

٤ ـ تربية الأطفال العباقرة:

وهذه التربية موجهة أصلاً لتحويل الأطفال إلى عباقرة. وهي وإن لم تستطع تحقيق هذا الهدف لغاية الآن، إلا أنها استطاعت أن تعطي نتائج هامة فيما يتعلق بقابلية التعلم عند الطفل وكذلك فيما يتعلق بتربية الطفل المعاق.

من هذه الأسس النظرية ننطلق لعرض اقتراحاتنا العلاجية التي نلخصها على النحو التالي:

١ ـ دور الضحك في تربية المعاق:

إن الضحك هو أساس التعلم فهو أولى طرائق الاتصال التي يستخدمها الطفل ويطورها. ومن خلال تجربتنا نستطيع أن نؤكد بأن الأطفال الذين تأخرت ضحكتهم الأولى وتأخر تطويرهم لنبرات ضحكاتهم ومغزاها كانوا من الأطفال الذين عانوا فيما بعد صعوبات تكيف عديدة. كما أن تأخر الضحكة الأولى كان موازياً لتأخر الكلمة الأولى. وعليه فإن الضحك هو أساس اللغة. ومن الملاحظ أننا نستطيع الاستدلال على مدى تخلف طفلٍ ما من خلال نوعية ضحكاته، نبراتها، دوافعها،

والمعاني الكامنة خلفها. ومهما كانت درجة تخلف الطفل قاسية فإنه يضحك وبشكل تلقائي.

وفي جميع حالات التخلف فإن الضحك هو أسهل وسيلة للاتصال بهذا الطفل. والضحك وسيلة إيجابية من شأنها أن تشجع المعاق للإعراب عن نفسه وعن مشاعره مما يستتبع تفهمه لمبدأ الاتصال ولفائدته فيعمد إلى بذل الجهود، الناجمة عن رغبة وقناعة، لتطوير وسيلة الاتصال المتمثلة بالضحك بل أنه سيعمد إلى بذل أقصى ما يستطيعه ليتعلم وسائل اتصال جديدة. وهكذا يمكننا تسمية هذه الطريقة بالعلاج بالضحك. ويقتضي هذا العلاج أن يقوم المعالج بتحديد الأشياء والمواقف التي تثير ضحك الطفل ومن خلالها يكون فكرة محددة عن قواه الإدراكية كما يستخدمها لحث الطفل على الضحك حتى يدفعه لتطوير لغة الضحك وتسخيرها لاتصاله بالمعالج وبقية رفاقه. وتمارين الضحك يجب أن تكون يومية بل ودائمة (يدرب أهل المعاق على إجراء هذه التمارين لطفلهم).

٢ ـ دور الجهاز الحركي:

لاحظنا من خلال كلامنا عن تربية الجنين أن للجهاز الحركي علاقات متداخلة مع سائر الوظائف النفسية. والأمر ذاته نلاحظه لدى مراجعتنا لجداول النمو العضوي ـ النفسي للأطفال وأخيراً بالاستناد إلى النظرية الهولوغرافية ونظرية مارتي في الجهاز النفسي نقول بأن أية إعاقة حركية تنعكس

بشكل أو بآخر على الصعيد النفسي وبالعكس. ومن هنا تنبع أهمية الجهاز الحركي ودور التمارين الحركية في تربية المعاق.

ونظراً لتعقيد الجهاز الحركي ولتعداد الحركات، المقدرة بالملايين، التي يستطيع الجسم البشري تنفيذها فإن تمارين الجهاز الحركي تمتد إلى مناحي العلاج الأخرى مثل الاسترخاء، الرقص، الغناء، الضحك... إلخ.

أما التمارين الحركية التي نقترحها فهي بالإضافة للحركات الرياضية تلك الحركات التي تتداخل مع ملكة التفكير مثل الألعاب الإليكترونية وألعاب الكومبيوتر. ومن الطبيعي القول في النهاية أن هذه الألعاب تختلف من حيث مستواها ونوعيتها باختلاف المستوى الذهني للطفل وقابليته للتعلم.

٣ ـ توزيع المعاقين وفئاتهم:

كنا قد عرضنا للفئات الثلاث للمعاقين (تستحيل تربيتهم، تصعب تربيتهم ويمكن تربيتهم) وفق تقسيم Seguim.

ولكن شكوكنا حول القدرة الحقيقية لروائز الذكاء، في إعطائنا فكرة محددة عن القدرات العقلية الفعلية لهؤلاء الأطفال، تدفعنا لاعتماد توزيع ثلاثي البعد في تقسيمنا لهؤلاء الأطفال إلى مجموعات. والأبعاد الثلاث التي نعتمدها هي التالية:

١ ـ مستوى الذكاء (Q.I) مع الالتزام بالحدود المتعارف عليها والتي تقبلها الجمعية الأميركية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية. وهذه الحدود هي التالية:

ـ طفل منغولي: ويتراوح مستواه الذهني بين ٢٠ و ٥٠ (T.M.) .

ـ طفل معتوه (غبي): يتراوح مستواه الذهني بين ٥٠ و ٧٠ (T - M) .



الصورة لطفل منغولي. ويصنف المنغوليين عادةً كأغبياء. إذ يتراوح مستواهم الذهني بين ٥٠ و ٧٠.

- الطفل الأحمق : يتراوح مستواه الذهني بين ٢٠ و ٥٠ (T - M) .

- طفل مخبول : ويكون مستواه الذهني أقل من ٢٠ (T - M)

- متخلف عقلي : بسبب نقص حواسه وهو مثل الغبي ولكنه قابل للتعليم .

- عته نقص الدرقية : ويتراوح المستوى الذهني لهذا الطفل بين ٥٠ و ٧٠ (T - M).



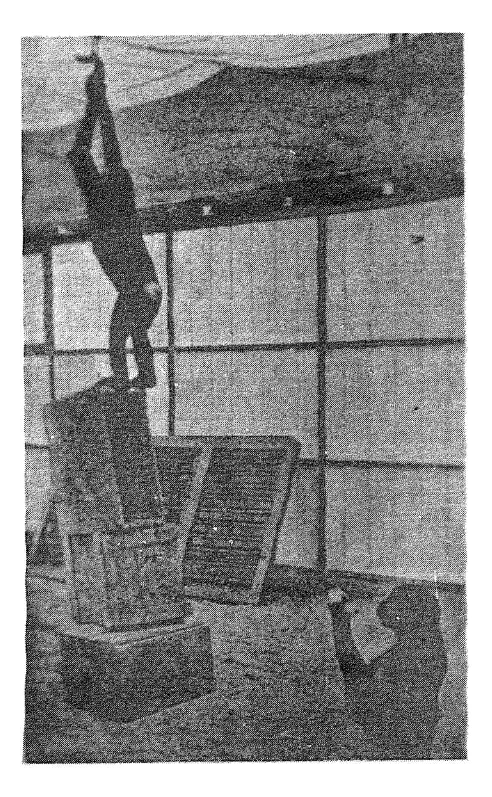
طفلة مصابة بقصور الدرقية

ـ تشوهات الجمجمة: ويمكن أن يصل المستوى الذهني لهذا الطفل إلى ٧٠ (T - M).

٢ ـ موقع الطفل من المرحلة الحرجة: تتطابق هذه المرحلة مع المرحلة السابقة لمرحلة فقدان الذاكرة الطفولي وهي تقع بين ٣ ـ ٥ سنوات. فإذا ما كان الطفل أصغر من هذا العمر كان من الممكن أن تدفعه التربية خطوات مدهشة للأمام ولذلك يجب عزل هؤلاء الأطفال في مجموعات منفردة. أما إذا كان خلال هذه الفترة فإن الآمال وإن كانت أكثر محدودية إلا أنها تظل كبيرة. أما في حال تخطي الطفل لهذه المرحلة فإن الآمال تصبح محدودة تماماً.

٣ ـ قابلية التعلم: في رأينا أن هذا العامل هو أشد أثراً وأكثر أهمية من مستوى الذكاء الحالي الذي تقيسه الروائز. فهي عاجزة عن قياس العبقرية الكامنة في عقل الرضيع البشري وفي هذه الحالة نجد الكثير من الأمثلة الدالة على أهمية قابلية التعلم وتفوقها على مستوى الذكاء الحالي. فإذا ما أخذنا بعين الاعتبار عجز الإنسان عن الاستخدام الأمثل لحواسه، ولعقله إجمالاً تأكدنا من عجز هذه الروائز التي تقيس أساساً ذكاء الفاحص قبل قياسها لذكاء المفحوص كما يقول كرتشمر Kretschmer . في كتابه «ذكاء القردة المتطورة».

ولقابلية التعلم حدودها المرسومة سلفاً. ففي ممارساتنا العيادية العامة لا نستطيع أن نأمل بتخطي مستوى الذكاء



من تجارب كرتشمر على القردة المتطورة (الشمبانزي) . في الصورة استطاع القرد أن يعتمد على وضع الصناديق فوق بعضها للوصول إلى الموزة . راجع .L'intelligence des Singes supérieurs

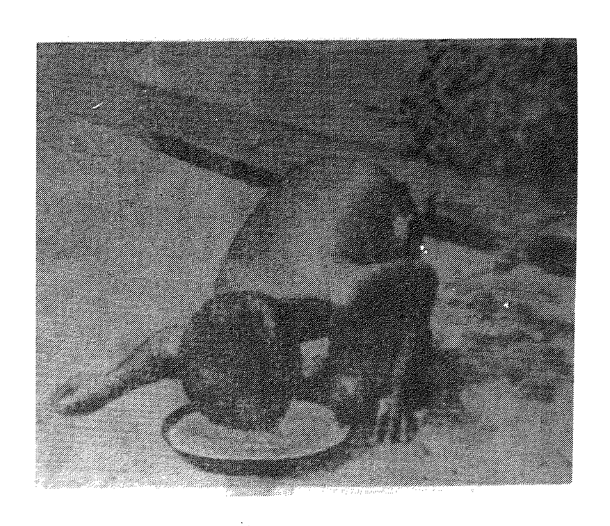
المحدد إحصائياً، المذكور في الفقرة السابقة، من قبل منظمة الصحة العالمية وخاصة فيما يتعلق بالتشوهات الكروموزومية والدماغية. فنحن في هذه الحالات نحصر جهودنا في الوصول بهذا المستوى إلى حده الأقصى.

أما في الحالات الأخرى المؤدية للتخلف العقلي فإننا نستطيع أن نأمل، إذا ما كانت قابلية التعلم في حدود مقبولة، بالوصول بالمعاق إلى مستوى يقارب المستوى الطبيعي المتعارف عليه. بل ويمكننا أن نزيد عليه بعض المهارات المتعلمة التي من شأنها أن تساعد المعاق على أن يحيا حياة طبيعية كاملة.

بناءً على هذه العوامل نرى توزيع المعاقين على الفئات التالية:

١ ـ معاقين يمكن العودة بهم إلى التكامل الاجتماعي: وتشمل هذه الفئة الأطفال الذين لم يتخطوا بعد المرحلة الحرجة والذين لا يعانون من اضطراب كروموزومي أو عقلي وإنما تقتصر إعاقتهم على تأخر نمو ملكاتهم النفسية.

٢ ـ معاقين يمكنهم الاعتماد على أنفسهم: وتشمل هذه الفئة المعاقين من نفس الفئة الأولى ولكن في نهاية مرحلتهم الحرجة. وكذلك فإنها تشمل الأطفال الذين يعانون من الغباء (العته) Debile في درجته الأولى. ولكنها تشمل أيضاً الذهانيين الذين يبدون قابلية فائقة للتعلم.



الفتاة الذئب كمالا منماندابورا. عاشت هذه الطفلة مع الذئـاب سبعـة سنوات (منذ ولادتها) وعندما تم اكتشافها لم يستطع العلماء تعليمهـا حتـى الأكل باليد بل بقيت تأكل مباشرة من الصحن على طريقة الذئاب.

وتوضح الصورة. مثال آخر على أهمية المرحلة الحرجـة في حياة الطفل

٣ ـ معاقين يمكنهم الاعتماد جزئياً على أنفسهم: إلى هذه الفئة ينتمي الأطفال ذوي قابلية التعلم المحدودة والذين يعانون من إعاقات حركية وذهنية تدفع بهم إلى التخلف العقلي من الدرجة الثانية دون أن يكونوا مصابين بأمراض عقلية أو كروموزونية. أما إذا كانت قابلية التعلم مرتفعة لدى المريض العقلي فيمكن تصنيفه هنا.

٤ ـ معاقين عاجزين عن التعلم: إلى هذه الفئة ينتمي الأطفال المصابين بأمراض عقلية متطورة تحول دون إمكانية إيجاد وسيلة للاتصال بهم وبالتالي لتعليمهم. وعادةً يكون مستوى ذكاء هؤلاء الأطفال منخفض وكذلك قابليتهم للتعلم.

٥ ـ معاقين يحتاجون للمراقبة بشكل دوري: إلى هذه الفئة ينتمي المعاقون الذين يعانون من الأمراض العقلية المتبدية على شكل نوبات. ومن الممكن أن يكون مستوى ذكاءهم الحالي طبيعياً ولكنه مهدد بالتراجع بسبب النوبات المحتملة. إلى هذه الفئة تنتمي غالبية الأطفال المصابين بالصرع.

٦ ـ معاقين يحتاجون للتربية الطويلة المدى: إلى هذه الفئة ينتمي الأطفال المتراوحون (Etat Limitte) الذين يتأخر وضوح تخلفهم حتى بدايات سن المراهقة وذلك بسبب قدرتهم على تعلم المهارات اللازمة لسن الطفولة ولكنهم ومع بدايات سن المراهقة يعجزون عن تعلم المهارات التي تتيح لهم

مجاراة رفاقهم الطبيعيين. وتربية هؤلاء يجب أن تمتد إلى مختلف مراحل الطفولة.

٤ ـ دور العائلة في تربية المعاق:

إن للعلاج النفسي العائلي مدارس متعددة. إلا أن العلاج العائلي في حالة الطفل المعاق عقلياً يختلف اختلافاً بيناً عن هذه المدارس الموجهة أصلاً لتربية أطفال أسوياء. ولنا عودة لاحقاً إلى هذا الموضوع.

ونركز هنا على ردة فعل عائلة المعاق التي تعيش حالة حداد ناجمة عن فقدانها المعنوي لأحد أعضائها وعن تبعات هذا الفقدان النفسية والاجتماعية. ومن الخطأ الظن بأن وجود المعاق يخلق جواً من التضامن العائلي بل نلاحظ أن هذا الوجود ينعكس سلباً على العائلة معمقاً خلافاتها السابقة. بل أننا نلاحظ أن الأجواء العائلية المعقدة كثيراً ما تكون من ضمن الأسباب الرئيسية المشجعة لظهور المرض. وفي بعض الأحيان لاستقراره. وعليه فإن للعلاج النفسي العائلي دوره الهام في حالة الطفل المعاق. وهذا العلاج يجب أن يتوجه للأهداف التالية:

١ ـ مساعدة العائلة على التكيف مع فكرة وجود الطفل المعاق فيها.

٢ ـ الحؤول دون تأثير الطفل المعاق على باقي أطفال

العائلة، خاصة الذين يصغرونه عمراً والحؤول دون تقليدهم له أو إغاظته.

٣ ـ التدخل لحل الخلافات العائلية التي من شأنها أن تنعكس سلباً على المعاق وعلى بقية أطفال العائلة.

٤ ـ تدريب الأهل على طرائق التصرف مع المعاق والتمارين التي يجب عليهم مساعدته على ممارستها.

٥ ـ العلاج الاسترخائي:

وفي هذا العلاج نفضل اتباع الطريقة العلاجية المسماة بالمتداخلة. بمعنى أن تبدأ الجلسة بعدد محدود (لا يتجاوز الأربعة أطفال) من الأطفال المنتمين إلى فئة واحدة (مستوى ذهني متقارب) عن طريق اللعب بالألعاب التي تستهويهم عادةً (العلاج باللعب) على أنغام سيمفونية تشايكوفسكي السادسة ومن ثم يطلب إليهم التمدد في وضع استرخائي[١] (علاج استرخائي) وتعطى لهم التعليمات الاسترخائية بالتدريج[٢]. وبعدها يدعون للرقص والغناء على أنغام الموسيقى الكلاسيكية.

(١) يختلف الوضع الاسترخائي المناسب من مريض لآخر. فالمريض العدائي أو المهتاج لا يتقبل بسهولة وضع الندم ويفضل عليه وضع الجلوس على أريكة أو حتى على كرسي.

(٢) وذلك حسب قدرة الطفل على التلقي والتقليد. وفي حالات التخلف الحادة نكتفي بتعليم الطفل الصمت والاستماع حتى ولو لم يمارس الاسترخاء بمعنى الكلمة. وهذا ما تنصح به عالمة النفس Egg .

وهذه الجلسة يجب أن تكون أسبوعية وتدوم حوالي الساعتين. وهي تقتضي مشاركة أكثر من اختصاصي (على الأقل في البداية). كما يفضل أن تجري بعض الجلسات بحضور الأهل. خاصة إذا كانوا مستعدين لإعادة التمارين والمساهمة إيجابياً في تربية طفلهم. ونحن نرى في هذه الاقتراحات وسيلة صالحة لعلاج مختلف حالات الاضطراب النفسي والإعاقة. خاصة وأن خطوات هذه الطريقة العلاجية قابلة للتطوير كي تتلاءم مع مختلف المستويات الذهنية وهي غير محدودة إلا بقابلية التعلم عند الطفل.

٧ ـ التخلف المدرسي [١]

لا يزال التحصيل المدرسي مقياساً رئيسياً في تحديد ذكاء الطفل ليس للأهل فقط ولكن للاختصاصيين أيضاً. ومن الطبيعي أن يلجأ الأهل بطفلهم إلى الاختصاصي إذا ما لاحظوا عجزه عن مواكبة برامج التحصيل المدرسي.

وقبل التصدي لمشكلة التخلف المدرسي الفعلي علينا أولاً مناقشة مجموعتين من الحالات التي تتطلب التدقيق قبل وضعنا لمثل هذا التشخيص. وهاتين هما:

أ ـ الأهل المتطلبون: يعمد بعض الأهل إلى توظيف طفلهم لتعويض نواقصهم الذاتية. ومثل هؤلاء الأهل لا يراعون القدرات الفعلية لطفلهم ولا يراعون متاعبه النفسية وجهوده التي يبذلها حثيثة للتكيف مع أجواء خارج البيت وخاصة في المدرسة وغيرها من الأمور التي قد تعيقه ولو مؤقتاً، عن تحقيق الصورة التي رسمها له الأهل دون استشارته. وهذا التطلب الزائد هو في الحقيقة استمرار لصورة الطفل الوهمي الذي تخيل الأهل أنهم سينجبونه أثناء الحمل. وهذه

(١) ناقشنا هذا الموضوع تفصيلا في كتاب العلاج النفسي العائلي من هذه السلسلة.

الاستمرارية إنما تعكس نوعاً من أنواع الرفض، اللاواعي للطفل مما يخلق لديه مصاعب تكيفية وعاطفية جمة. وعليه فإن إصرار الأهل على تفوق طفلهم هو انعكاس لرفضهم له. هذا الرفض الذي يعيه الطفل بشكل يؤثر غالباً على تحصيله وعلى شخصيته.

لمثل هؤلاء الأهل نقول أن من حقهم أن يبذلوا أقصى جهودهم وأن يمارسوا سلطاتهم ولكن ليس من حقهم أن يطلبوا من الطفل زيادة ذكائه لأنه عاجز عن ذلك. ولا تجوز الشكوى من تخلف الطفل المدرسي ما دام هذا التخلف لا يعيق الطفل عن متابعة دراسته وطالما كان نموه النفسي والعضوي صحيحين.

ب ـ الأطفال المشوشين: إن الطفل هو إنسان كامل له عالمه الخاص. وفي هذا العالم ما يكفي من مصادر الشدة النفسية والإرهاق بحيث تخلق لدى الطفل معاناة نفسية تؤدي به إلى صعوبة استخدام قواه الإدراكية. وهذه الصعوبة وإن أدت إلى تعثر تحصيله المدرسي إلا أنها تعكس ذكاءً يفوق المعدل الطبيعي للذكاء.

فالطفل الفاشل دراسياً لا يكون دائماً غبياً أو مصاباً بعلة عضوية أو عقلية. وحسبنا في هذا المجال أن نذكر السبب الذي طرد لأجله الطالب إنشتاين:

«إن وجوده في الصف يؤثر سلباً عليه وعلى بقية رفاقه». وكان

هذا الطالب عبقرياً كما نعرف!.

إذاً فنحن لا نستطيع أن نلقي باللائمة على الطفل إذا كانت البرامج الدراسية لا تستفزه كي يوظف ذكاءه فيها فهذا الرفض لا يعني غياب الذكاء.

بعد هذا العرض للتشخيص التفريقي لحالات التخلف المدرسي نأتي على مناقشة المشكلة بحد ذاتها ونقصد مشكلة التخلف المدرسي. إذ أن لهذا التخلف أسباب متنوعة لم يستطع العلماء حصرها لغاية الآن. لذلك فإننا سنعرض للأسباب المعروفة للتخلف المدرسي وهي:

١ ـ الأسباب العضوية: عديدة هي الأسباب العضوية التي تنعكس سلباً على القدرات العقلية للمريض. ولعل أكثر هذه الأسباب انتشاراً هو قصور الدرقية الخلقي[١].

٢ ـ الأسباب العقلية: وقد عرضنا للأمراض العقلية الطفولية في أكثر من موضع من هذا الكتاب.

٣ ـ الأسباب الوظيفية: لم يتوصل العلماء بعد إلى تحديد الناقلات العصبية والمواد الكيميائية المؤثرة في القوى الإدراكية كالذاكرة والتفكير والوعي... إلخ لذلك نلاحظ أن الأبحاث لا تزال متركزة حول الطرق التربوية التي من شأنها تحسين قدرة الإنسان على استخدام قواه الإدراكية. بشكل

---

(١) انظر كتابنا ذكاء الرضيع في هذه السلسلة.

أكثر فعالية. وهكذا نرى العديد من الطرق المقترحة لتحسين الذاكرة، الإدراك... إلخ. بل أن بعض هذه الطرق تعدى ذلك إلى محاولة تحسين استخدام الإنسان لقواه المجردة كالذكاء مثلاً أو مثل علم ما حول النفس (تنمية الحاسة السادسة) وهذه الأمور تبقى موضعاً للشكوك لغاية تعرفنا على الإفرازات الكيميائية للدماغ.

أما بالنسبة لعلاج حالات التخلف المدرسي فإنه بالطبع يختلف باختلاف الأسباب الكامنة وراءه. فإذا كان السبب عضوياً وجبت مراجعة الطبيب الاختصاصي لعلاج الحالة. أما إذا كان السبب نفسياً فإن العلاج النفسي للطفل وأحياناً لعائلته يطرح نفسه وذلك تبعاً لحدة الحالة ولإمكانيات الأهل الثقافية والمادية والتربوية في اتباع مثل هذا العلاج. على أنه وفي مثل هذه الحالات فإنه من الخطأ معاملة هذا الطفل على أنه متخلف عقلياً أو علاجه على هذا الأساس أو قبوله في المدارس وفي الصفوف التي تضم المتخلفين.

وفي الحالات التي ينجم فيها التخلف عن سبب عقلي فإن علاجه يتبع في مساره نفس الخطوط العريضة التي شرحناها في الفقرة السابقة حول تربية الطفل المعاق عقلياً.

وفي نهاية حديثنا عن الإخفاق المدرسي لدى الأطفال لا يمكننا أن نتجاهل العوامل الخارجية العديدة المؤثرة وأحياناً المؤدية إلى هذا الإخفاق. فهذه المشكلة ليست مسؤولية

الطفـل وحالتـه العقلية فقـط بل هي مسـؤولية الأم، العائلـة، المجتمع، المدرسة، البرامج الدراسية، الأسـاليب التعليمية والوراثـة. وهـذه العوامـل تتحمـل مسـؤولية غالبـاً ما تفـوق مسؤولية الحالة العقلية للطفل.

وسنتناول هذه العوامل بالتفصيل في الفصل التالي حيث نعرض لدور الأم، تربية الأطفال المتعرضين لخطـر الإصابـة بمرض عقلي، خلافات الأهل، تربية الأطفال العباقرة، ودور المربي في تنمية ذكاء الطفل. وإلغاء سلبية هذه العوامل من شأنه في رأينا أن يحل مشكلة الإخفاق المدرسي لدى السواد الأعظم من المتخلفين دراسياً.



الفَصْلُ الثّاني

التّوجيهات النفسيّة - التربويّة

١ - متى يلجأ الأهل للطبيب النفسي .

٢ - المشاكل النفسية الشائعة عند الأطفال .

أ - اضطرابات اللغة .

ب - التشوهات الخلقية التي تطال الحواس .

ج - سلس البول .

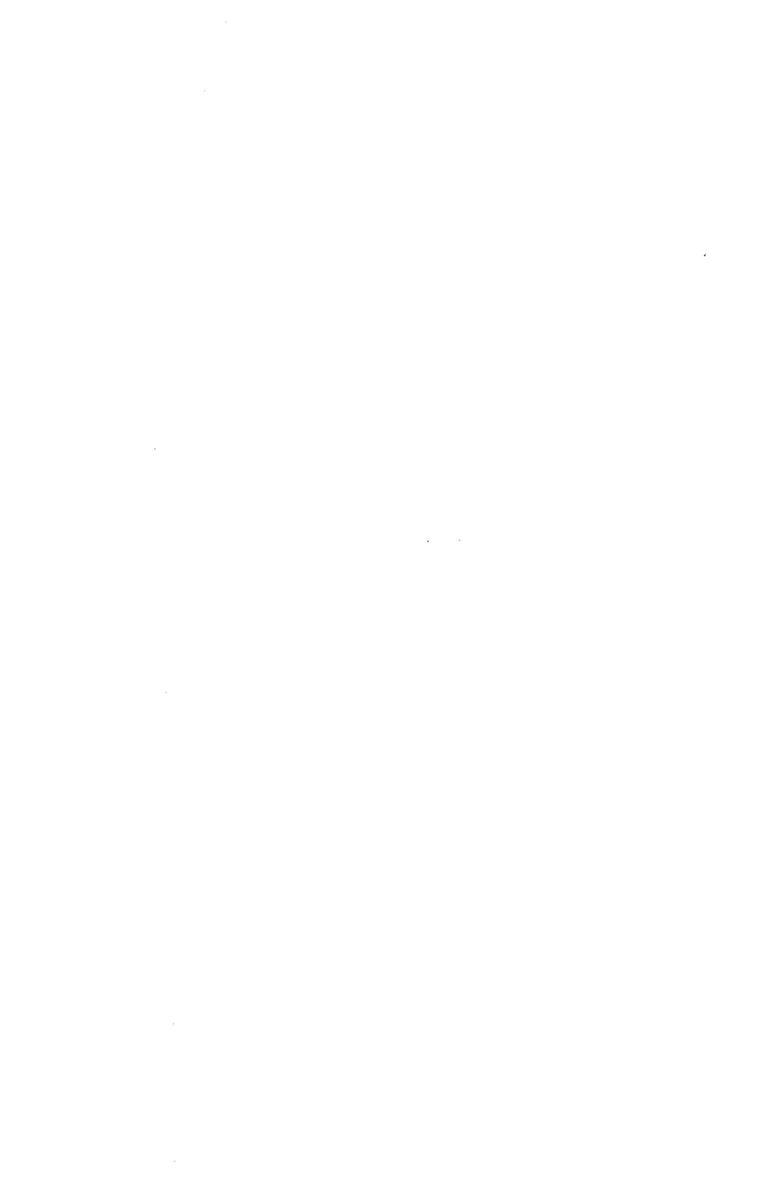
د - مص الإصبع وقضم الأظافر .

هـ - العصابات الحركية .

و - العدائية المبالغة .

ز - الخوف وخاصة الليلي منه .

ح - وساوس القلق والكآبة .



تعرف منظمة الصحة العالمية (OMS) التربية الصحية كالتالي:

«إن التربية الصحية هي السلاح الأقوى للصحة العامة».
والتربية الصحية هذا السلاح القوي، تقتضي بذل الجهود المكثفة لتوعية أكبر عدد ممكن من الناس. فهذه التربية الفنية ـ العلمية تهدف إلى نشر الثقافة الطبية من ناحية ولكنها تهدف أيضاً إلى تدريب الناس على تكوين السلوك الصحي الصحيح من ناحية أخرى.

والصحة العقلية ـ النفسية ما هي إلا وجه من وجوه الصحة العامة. وبالتالي فإنها تشكل ميداناً من ميادين اهتمامات التربية الصحية. حتى أنها باتت تصنف في مقدمة هذه الميادين. خاصة بعد انتشار الأمراض النفسية ـ الجسدية، بنسب خطرة، في المجتمعات التي يعاني أفرادها من الصراعات النفسية والشدة. والتي كان من نتائجها إصابة المجتمع بما يشبه الشلل النفسي. إذ نلاحظ في هذه المجتمعات نمو الفوبيا وخاصة الخوف من الموت (من

الحروب النووية، من الإصابة بالأيدز، بالذبحة، بالسكتة الدماغية . . . إلخ) بشكل بات يهدد إنتاجية هذه الدول بشكل جدي .

بناءً على هذا الواقع فإن هذه المجتمعات تتوجه للطب النفسي طالبة منه الحلول . ذلك أن المسؤولية الأساسية للطب النفسي هي : **العمل على تأمين المستوى الأفضل للصحة العقلية ـ النفسية في المجتمع . لإن ارتفاع هذا المستوى هو عنصر أساسي في تطوير قدرات الخلق والإبداع وبالتالي فهو عنصر أساسي في تقدم المجتمعات .**

والطب النفسي اليوم يتوجه بشكل حثيث وبإصرار نحو الأساليب الوقائية وإن كان لا يهمل تطوير وسائله العلاجية . لأن خبراء الطب النفسي وباحثيه باتوا مؤمنين بأهمية السلاح - المتمثل بالتربية النفسية ـ الوقائية . وهذه التربية وإن كانت مجهدة بالنسبة للأطباء وللأهل معاً إلا أن منافعها تبرر بذل الجهود لأجلها .

هذا ويقسم الباحثان Spir و Zusman الخطوات النفسية ـ الوقائية إلى قسمين :

أ ـ **الوقاية النوعية** : ويقصد بها الخطوات الوقائية التي تقتضي تدخلاً اختصاصياً ـ دوائياً ـ اجتماعياً . كمثل الوقاية من الأمراض التالية :

- الذهان الناجم عن البري - بري[1] عن طريق التغذية المناسبة.

- الذهـان الناجـم عن السفلـس عن طريق العـلاج بمضادات الحيوية.

- ذهـان كورسـاكوف[2] عن طريق مكافحـة إدمـان الكحول.

- الدهانات الناجمة عن الالتهابات عن طريق استخدام مضادات الحيوية.

ب - **الوقاية العامة** : ويقصد بها الخطوات الوقائية العامة التي تجنب الشخص الوقوع في مأزق الاضطراب النفسي. ومن هذه الخطوات نذكر:

- استغلال العوامل الطبيعية (الهواء، البحر، المياه المعدنية، الشمس... إلخ).
- المشي، الرياضة، التسلية،... إلخ.
- النظافة والتغذية المناسبة.
- مكافحة التلوث والعدوى.
- تنظيم العمل (البعد عن الإرهاق، تنظيم الوقت، الترتيب... إلخ).
- تحسين علاقات الشخص مع محيطه.

(١) Beri - Beri وهو مرض يظهر بسبب نقص الفيتامينات ب وخاصة ب (١).

(٢) Psychose Korzsakoff : ذهان كورساكوف يتميز بفقدان إدراك مفهومي الفضاء والزمان وتعود أسبابه لإصابة دماغية يحدثها إدمان الكحول.

- تحسين معرفة الإنسان لنفسه ومحاولة تجنب تكرار الأخطاء .

- تطوير الشخصية لتنمو متوازنة وقادرة على التكيف .

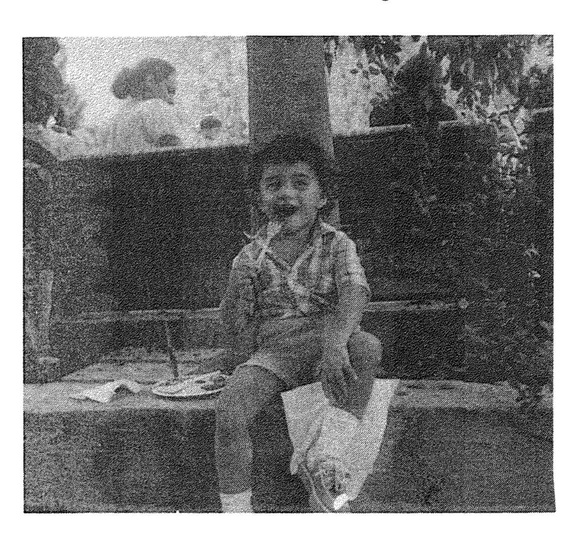
وهذا يقتضي بذل الجهود للوصول إلى تنمية القدرة على التكيف مع الواقع والمحيط.



أحلام الطفل ضرورية لتنمية إدراكاته . ومن الملاحظ أن فترة الأحلام لدى الأطفال تزيد وبشكل ملحوظ عنها لدى البالغ . وهذه الأحلام قد تكون مصدراً لسعادة الطفل ولكنها قد تكون أيضاً مصدراً لتعاسته وخوفه .

والحقيقة أن التربية الصحية ـ النفسية لا تقتصر على نشر المعلومات ولكنها تقتضي بذل الجهود لإقناع الناس من أجل تبني نظام حياتي ـ صحي من شأنه أن يجنبهم الوقوع في مأزق الاضطرابات النفسية وما يمكن أن ينشأ عنها من انعكاسات على صعيد الفرد، العائلة والمجتمع.

من القواعد الأساسية للوقاية الصحية والنفسية هي تعليم الطفل لمبادىء النظافة وطريقة الأكل.





وبعد عرضنا لخطوات الوقاية الأولية لا بد لنا من عرض الخطوات الوقائية الثانوية المرتكزة على اكتشاف حالات المرض العقلي في وقت مبكر والقضاء عليه بأسرع ما يمكن بهدف إعادة المريض لعائلته ولمجتمعه بأقصى سرعة ممكنة.

مما تقدم نستنتج أن التربية الصحية ـ النفسية لا تقتصر على الأطفال بل تمتد لتشمل البالغين في مختلف مراحل حياتهم.

وإذا أردنا أن نطبق هذه الخطوات في تربية الطفل العربي فإننا سنصطدم بعوائق وحواجز عديدة تعكس ملامح التخلف الصحي الذي يطغي على مجتمعاتنا. ويمكننا تلخيص هذه العوائق كالتالي:

١ ـ غياب الوعي الصحي والثقافة النفسية عند الأهل.

٢ ـ نظرة متخلفة يمكننا تلخيصها على النحو التالي: إن الذكاء والصحة العقلية هي نعمة ولذلك فلا داعي لبذل الجهود للحصول أو للمحافظة عليها.

٣ ـ محاولة التعتيم على حالات المرض العقلي من منطلق أن ذلك يجرح نرجسية الأهل. فيحرموا المريض من حقه في العلاج.

٤ ـ عدم العناية بنشر الوعي الصحي.

وتطول بنا القائمة إذا ما أردنا مناقشة تفاصيل هذا

الموضوع إلا أننا نود أن نناقش وجهاً من أهـم وجوهـه وهـو التالي :

لم نكن نعلم أن طفلنا بحاجة للطبيب النفسـي وعندمـا علمنا ذلك كان الأوان قد فات. وهذه الأوضاع تطرح السؤال التالي بإلحاح : متى يلجأ الأهل للطبيب النفسي؟

١ - متى يلجأ الأهل للطبيب النفسي؟

وهذا السؤال يمكن أن يطرح بشكل آخر: متى تتطلب حالة الطفل وقاية اختصاصية تستوجب عرضه على الطبيب النفسي؟

إن الجواب على هذا السؤال يختلف باختلاف عمر الطفل وقدرته على الاتصال بالأهل وإيصال معاناته لهم. ففي المرحلة الجنينية تقتصر قدرات الجنين على حركاته، أما في مرحلة الرضاعة فإن الاتصال يتم عن طريق البكاء والضحك وفي المراحل اللاحقة يصبح الطفل قادراً على استخدام اللغة، بشكل أولي لا يلبث أن يتطور، للإعراب عن مضايقاته.

أمام هذا الواقع على الأهل أن يكونوا قادرين على استشفاف معاناة طفلهم وتبنيها في الوقت الذي لا يستطيع هو الإعراب عنها. والحقيقة أن جهلنا لوسائل الاتصال المثالية بالطفل يدفعنا في كثير من الأحيان لتخيل أخطار غير موجودة بل إننا قد نفسر بعض المظاهر الإيجابية على أنها سلبية. فبكاء الطفل المتكرر الذي قد يستنفر الأهل. ويدعوهم للتوجه إلى

الطبيب ، قد يكون إحدى دلائل تطور ذكاء الرضيع[1] .

وعلى أية حال فإننا سنجيب عن سؤال متى يجب عرض الطفل على الطبيب عن طريق تقسيم الجواب تبعاً لسن الطفل . ونبدأ بـ :

١ ـ الطفل الحديث الولادة :

من التقليدي عرض هذا الطفل على طبيب الأطفال منذ ولادته . وفي كتاب ذكاء الرضيع ، من هذه السلسلة ، استعرضنا العوامل التي يجب فحصها وتحديدها لدى الولادة والتي يؤدي اضطرابها إلى طلب مشورة الاختصاصي العصبي ـ النفسي .

٢ ـ الرضيع (لغاية السنتين) :

هنالك جداول تحدد النمو النفسي ـ العضوي لطفل هذه المرحلة . وأي تخلف للطفل عن هذه الجداول هو أمر يجب أن ينبه الأهل على وجوب تدخل طبيب الطفل الذي بدوره يتولى توجيه الطفل نحو الاختصاصي المناسب . وهذه الجداول هي التالية :

---

(١) كي نوضح هذه الفكرة نعرض الحالة التالية : رضيع في شهره السادس يبكي بكاءً متواصلاً لا يهدأ بالرغم من كل محاولات أمه . ولم يجد طبيب الأطفال أي سبب عضوي لشكواه . وكانت النتيجة أن هذا الرضيع كان يطلب عن طريق البكاء أن يكفي جوعه الجلدي (الذي حرمته إياه أمه لأنها كانت تريد إنجاب بنت وعليه فإنها عاشت حالة الحداد على الطفلة الوهمية) . وكانت الطريقة الوحيدة لإيقاف هذا الطفل عن البكاء تتمثل في تعريته وملامسة أمه له . ولا ننسى في هذا المجال حالة الطفل الرضيع الذي يرفض النظر لأمه والتي عرضناها في الفصل السابق .


(١) بعد الولاده يكون الطفل فى وضع الجنين
● من الشهر الأول يستطيع رفع رأسه.
● من الشهر الثالث، يحافظ على توازن رأسه عند جلوسه وكذلك يحاول الوصول الى الاشياء القريبة من حوله حين يراها.
● من الشهر الثانى يستطيع رفع صدره.
● من ٦ أشهر يحفظ بوضع الجلوس مستنداً.
● من الشهر الرابع يقبض الطفل على اللعبة ويمسك بها.
● من الشهر التاسع يحفظ بالجلوس دون استناد.
● من الشهر الثامن الى العاشر يستطيع الطفل الوقوف مستنداً فى مراحل حيث تمسك به أمه أو ان يمسك بها أو ان يستند على الاثاث
● من ٩ الى ١١ شهر يحبو الطفل.
● من الشهر الثانى عشر
● من ٩ الى ١٥ شهر يمشى بمفرده دون استناد

العمر	الحركات الإرادية	التصرفات الاجتماعية	السمع والنطق	النظر وحركات اليدين
من صفر يوم إلى شهر	إذا وضع على بطنه يقدر على تحريك رأسه يميناً ويساراً قادر على التمسك وعلى التعلق .	قادر على تحديد اتجاه الصوت واللمسة وهذه المداعبات تجعله يتوقف عن الحركة وتتسبب بتغيير عدد دقات القلب	يلتفت نحو مصدر الصوت العالي والصوت النسائي وكذلك نحو الأصوات المتددة برتابة .	منذ اليوم الأول يكون قادراً على التحديق في الأشياء . ويوجه نظره نحو مصدر الصوت ومنذ الأسبوع الأول يتحكم في تثبيت نظراته ويفشل في باقي الحركات .
من عمر شهر إلى شهرين	إذا وضع على بطنه فهو قادر على رفع رأسه وفي وضع الجلوس يقع رأسه إلى الخلف .	حركات الجسم متوافقة مع الصوت أو اللمسة ويضحك عند تقديم الطعام له .	يستمع للأصوات الصادرة على الألعاب .	يحرك عينيه إلى الأعلى والأسفل وعلى الجوانب . وهو قادر على متابعة الأشياء المتحركة ولكن لفترة قصيرة .

العمر	الحركات الإرادية	التصرفات الاجتماعية	السمع والنطق	النظر وحركات اليدين
من شهرين إلى ثلاثة أشهر	إذا وضع على بطنه فهو يستطيع أن يحتفظ برأسه مرتفعاً.	يبتسم ويضحك	ينتبه لأي صوتٍ يصدر قربه	قادر على متابعة الأشياء المتحركة
من ثلاثة أشهر إلى خمسة أشهر	يرفع رأسه انحناء قفصه الصدري. محمولاً يحتفظ برأسه مستقيماً، ويبعد يديه عن جسمه. في وضع النوم تحافظ. عضلات نقرته على حيويتها. في وضع الجلوس يرجع رأسه إلى الوراء ليعوض	وديع، يستجيب ضاحكاً لضحكات البالغ الذي يداعبه. ينتبه للأصوات الموسيقية. يستطيع تقبل المداعبات لفترة أطول. يثار ويأتي بحركات ويصدر أصوات لدى رؤيته	يستمع للأصوات ويحاول البحث عن مصدرها. وفي نهاية هذه المرحلة يستطيع تحديد مصدر الصوت ويلتفت نحوه يستمع للموسيقى يبدأ بالمناغاة AA - NGA	ينقل نظراته بين الأشياء التي تثير اهتمامه. يستطيع متابعة الشيء المتحرك في زاوية ١٨٠ درجة يبدأ بتحريك قدميه وكأنه يريد أن يسير وهو في وضع النوم. يستطيع التقاط الأشياء بين إبهامه وبين

العمر	الحركات الإرادية	التصرفات الاجتماعية	السمع والنطق	النظر وحركات اليدين
تابع لمرحلة ٣ ـ ٥ أشهر	بذلك اندفاعه للأمام بسبب ثقل جذعه يبدأ بالتحكم بحركات رأسه والتفاتاته. وينعدم لديه ارتكاس[1] Moro	للطعام.		أصابعه الأربعة.
من خمسة إلى ستة أشهر	يحتفظ برأسه منتصباً دون أن يميل رأسه إلى الخلف. يبقى جسده في وضع شبه عمودي. في وضع الجلوس لم يعد	يسر في وضع الجلوس يهتاج لرؤية الطعام يتقبل اللعب مع شخص غريب. يعرب عن ضيقه إذا لم تناسبه المداعبة.	يضحك بقوة ويقهقه	يلتقط المكعب في يده ويتمسك به. يوصل الأشياء إلى فمه ويحاول إدخالها فيه. يلحظ عن بعد الأشياء المتحركة.

(١) ارتكاس Moro هو ارتكاس يصاحب الرضيع لغاية شهره الرابع وهو كناية عن

العمر	الحركات الإرادية	التصرفات الاجتماعية	السمع والنطق	النظر وحركات اليدين
	بحاجة لإرجاع رأسه للوراء بغية الحفاظ على توازنه. محمول من تحت إبطيه يحاول دوس الأرض بدفع قدميه.			
ستة إلى سبعة أشهر	ينهض بجسده اعتماداً على كفيه.	يدير رأسه نحو المتكلم. يتمسك بزجاجة الحليب ويقربها إلى فمه. يبدأ بالتقلب على الأرض.	يبدأ بإصدار الكلمات غير المفهومة	يلتقط مكعباً موضوعاً أمامه على الطاولة.
سبعة إلى ثمانية أشهر	يتقلب على ظهره وبطنه ويبدأ بالحبو.	يشرب من القدح	يصدر أربعة أصوات مختلفة ويكررها	ينظر للأشياء ويتابعها لدى سقوطها

العمر	الحركات الإرادية	التصرفات الاجتماعية	السمع والنطق	النظر وحركات اليدين
ثمانية إلى عشرة أشهر	مرفوعاً يستطيع الاستناد. ممدأ على ظهره يقدر أن يرفع رأسه. في وضع الجلوس يحافظ على توازن حوضه. يقدر أن يميل للأمام اعتماداً على راحتي يديه. في وضع الوقوف تستطيع قدماه تحمل ثقل جسده.	يساعد أمه في مسك الكوب عندما تشربه منها. يصرخ كي يلفت الانتباه ويصدر العديد من الأصوات	يقول كلمتي ماما وداد ينظر إلى صورته في المرآة ويضحك لرؤيتها. يفضل أمه ويحس بتغيرات محيطه (فرح أو غضب)	ينظر للأشياء ويتابعها لدى سقوطها. يمد يده إلى الأمام، يقبض على الأشياء الكبيرة. ينقل الدقمية من يد إلى أخرى يستعمل راحة كفه للقبض على الأشياء.
عشرة إلى أحد عشر شهراً	يجلس جيداً، دون أن نسنده. يقف على	يظهر ردة فعل لدى مناداته باسمه.	يستمع لصوت الساعة ويصدر أصواتاً عديدة	يلتقط الأشياء بالإبهام والسبابة. يكتشف

العمر	الحركات الإرادية	التصرفات الاجتماعية	السمع والنطق	النظر وحركات اليدين
	قدميه ويستطيع المشي بصعوبة إذا ما ساعدناه يستطيع النزول وحيداً في سرير قليل الارتفاع ينقلب على بطنه ويتزحلق بالاتجاه الذي يريده يأكل بيده ويلتقط الملعقة	ويضحك عندما ينظر للمرآة	بوصفها متكررة .	الألعاب المخبأة . يحاول التقاط الأشياء لدى سقوطها . يلعب بشيئين ويضربهما ببعض وكأنه يصفق بهما .
أحد عشر إلى اثنتي عشر شهراً	يقف لوحده على قدميه . يلوك الطعام ، يأكل البسكويت لوحده . يمص إصبعه	يبدأ بتقبل أشخاص غير أمه .	يصدر كلمتين مفهومتين بحيث يعنيهما	يلتقط الأشياء بتمسك ويرفضالتخلي عنها . ولكن فقط بالإبهام والسبابة .

العمر	الحركات الإرادية	التصرفات الاجتماعية	السمع والنطق	النظر وحركات اليدين
من اثنتي عشر شهراً إلى ثلاثة عشر شهراً	يمشي بتبعثر، يتابع تمرينه على التقاط الملعقة وردها إلى فمه يدور في الغرفة في عربة المشي	تبدأ قدرته على التقليد بالظهور واضحة. يلعب بالطابة	تزداد كلماته المفهومة	يلتقط الأشياء بكل أصابعه.

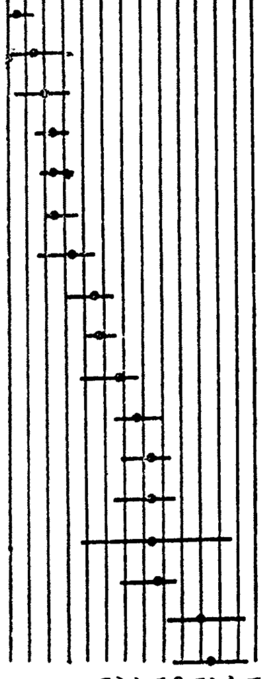
جدول النمو النفسي العضوي للطفل

العمر	النمو الحركي	المهارات اليدوية	التحكم بالعاصرات	النطق والأنشطة الاجتماعية
من أربعة أشهر إلى خمسة عشر شهراً	ينهض لوحده . يمشي لوحده . يصعد الدرج بمساعدة	يقبض على شيئين صغيرين في يد واحدة . يخربش بالقلم يضع مكعبين فوق بعضهما . يرمي الأشياء إلى الأرض . ويخرج حذاءه محاولاً ارتداءه .	يمكن أن يبدأ بالتحكم ببرازه .	يتكلم كلمات غير مفهومة . وأيضاً بعض الكلمات المفهومة . يشير بإصبعه إلى ما يريده . يدفع بيده الأشياء والأشخاص الذين لا يرغبهم . تبدأ عدائيته وسلبيته بالظهور .
خمسة عشر إلى ثمانية عشر شهراً	يصعد الدرج لوحده ، يهرول يقفز ، يجلس لوحده على كرسي عن	يستعمل الملعقة على المائدة يبني أبراجاً من ٤ - ٥ مكعبات . يقلب	يعلن عن رغبته بالتبول أو يظهر عدم ارتياحه بعد تبوله ويعلن عن	يتكلم بشكل غير مفهوم . يردد ١٠ - ١٢ كلمة مفهومة . يشير

العمر	النمو الحركي	المهارات اليدوية	التحكم بالعاصرات	النطق والأنشطة الاجتماعية
	طريق التسلق .	صفحات الكتاب ٢ - ٣ صفحات دفعة واحدة .	رغبته بالبراز .	إلى ٣ - ٤ أجزاء من جسمه يشير بإصبعه إلى الشخص عندما يسأل عنه . ويحاول تقليد أمه في عملها .
من ثمانية عشر شهراً إلى السنتين	يصعد الدرج وينزله لوحده . ينزل القدمين إلى نفس الدرجة يركض . يفتح الباب .	يبني برجاً من ٦ - ٧ مكعبات يتصفح الكتب صفحة صفحة . يغسل يديه . يرسم خطوط شبه أفقية .	غالباً ما يمتنع عن التبول الليلي . يتحكم في برازه .	يتكلم دائماً . يؤلف جملاً قصيرة ومبتورة . يطلب الأكل . يستخدم اسمه ويلفظه تزداد عدائيته
من سنتين إلى ثلاثة سنوات	يصعد الدرج بقدم واحدة ولكنه ينزله	يلبس ويخلع ثيابه لوحده (يجب مساعدته	يذهب لوحده إلى الحمام (للبول	يلعب مع الأولاد الآخرين . يسأل

العمر	النمو الحركي	المهارات اليدوية	التحكم بالعاصرات	النطق والأنشطة الاجتماعية
	بقدمين لكل درجة . يستطيع الوقوف على قدم واحدة لدرجة ثواني .	في الأزرار) . يرسم شبه دوائر ويرسم خطين متقاطعين .	والبراز)	كثيراً . يعرف عمره وجنسه . يعد لغاية العشرة تحفظ أناشيد قصيرة . يتعرف على الألوان .

جدول يلخص النمو الحركي للرضيع منذ أسبوعه الأول ولغاية الـ ٧٩ أسبوعاً .



موضوع على بطنه يقدر على رفع رأسه .
موضوع على بطنه يستطيع رفع صدره .
يلعب بيديه .
يوصل الأشياء إلى فمه .
يلعب بشيء إذا أعطي له .
بمساعدة يستطيع الجلوس مستنداً .
يلعب بأذنيه .
يتقلب على بطنه وعلى ظهره، يتمرغ .
يقف قليلاً على قدميه
يبدأ بالحركة وإذا وضع على بطنه .
يقف على قدميه مستنداً بالمفروشات .
ينجح في النهوض وحيداً
يمشي متكئاً على المفروشات
يمشي معتمداً على يد أمه
يتسلق لكي يقف على قدميه
يستطيع الوقوف على قدميه دون مساعدة
يمشي لوحده دون مساعدة .

العمر بالأسابيع

٣ ـ الطفل قبل المدرسي :

إن تتبع ومراقبة طفل هذه المرحلة هي أمور غاية في الصعوبة. فمن خلال تجربتنا الميدانية، سبق الحديث عنها، لاحظنا أن طفل هذه المرحلة يبدأ باللعب بالكلمات وبمحاولة اختراع كلمات وأسماء جديدة وغير معروفة يطلقها يمنة ويسرة. على أن المعيار الأصح لمتابعة طفل هذه المرحلة يتمثل بمتابعتنا للمظاهر التالية:

أ ـ المظاهر الحركية: ابتداءً من سن العامين يكون قادراً على الركض، فتح الباب والصعود وحيداً على الدرج مع نقل كلا القدمين على ذات الدرجة. أما في سن الثلاثة سنوات فإنه يصعد الدرج مثل البالغ (قدم على كل درجة)، يستطيع الاحتفاظ بتوازنه لبضعة ثواني واقفاً على رجلٍ واحدة. يستطيع أن يقود دراجة بثلاثة عجلات.

ب ـ المهارات اليدوية: يستطيع بناء برج من ٦ ـ ٧ مكعبات، وقلب صفحات الكتاب واحدة فواحدة، يلبس جواربه وحذاءه، يغسل يديه ويستطيع أن يرسم خطوطاً شبه أفقية. وهذه المهارات جميعاً يتقنها في سن السنتين. ولكنه ومع بلوغه سن الثالثة يصبح قادراً على لبس ثيابه وخلعها دون مساعدة، يرسم أشكالاً شبه دائرية وخطوط متقاطعة.

ج ـ التحكم بالعاصرات: في سن العامين يكون قادراً على التحكم ببرازه وكذلك فهو يتحكم ببوله ولكن نهاراً. على

أنه غالباً ما يستطيع التحكم بتبوله ليلاً أيضاً. وفي سن الثلاثة سنوات يصبح قادراً على الذهاب وحده إلى المرحاض.

د ـ الكلام: في السنتين يتكلم ويؤلف جملاً قصيرة، يطلب الطعام، الماء ويستعمل اسمه. وتبدأ عدائيته بالظهور.

أما في الثلاث سنوات فإنه يبدأ اللعب مع الآخرين ويكثر من طرح الأسئلة، بعد تحسن لغته، يعد للعشرة، يحفظ قصائد قصيرة ويستطيع التعرف على الألوان.

فإذا ما لاحظ الأهل تباطؤ طفلهم في متابعته لهذه المظاهر، التي تعتبر بمثابة معدل وسطي، وجب عليهم مراجعة الطبيب.

٤ ـ الطفل المدرسي:

إن المؤشر الرئيسي لوجود الأزمات النفسية عند الطفل المدرسي يكمن في عملية التحصيل المدرسي. إذ أن قصور أو عجز الطفل عن مجاراة البرامج الدراسية يكون في الغالب السبب الرئيسي الذي يدفع بالمربين لطلب مشورة الطبيب النفسي. إلا أن فشل التحصيل المدرسي أو النجاح فيه من الأمور النسبية فكم من طفلٍ بدأ فاشلاً في المراحل الدراسية الأولى وأثبت نبوغه بعد ذلك. ومن الأمثلة في هذا المجال تشرشل وإنشتاين. وكم من تلميذٍ استطاع متابعة المراحل الأولى للدراسة ولكنه عجز عجزاً تاماً عن متابعتها حتى النهاية.

من هذا المنطلق نقول أنه بالرغم من الأهمية الإحصائية

الرابطة بين ذكاء الطفل وتحصيله المدرسي فإننا ندعو لاعتماد عوامل أخرى لتحديد الحاجة الفعلية لتدخل الطبيب النفسي. وبشكل خاص في مجتمعاتنا حيث يغيب اختصاصيو التربية وعلم النفس عن غالبية المدارس وحيث يقل الأطباء النفسيون. ففي المجتمعات المتقدمة يكتفي المعلم أو الأهل بإحالة التلميذ المعاني من صعوبات دراسية، إلى الطبيب النفسي ليقرر حاجته للعلاج أو عدم حاجته له. والعوامل التي نعتمدها لتحديد ضرورة اللجوء إلى اختصاصي نفسي هي التالية:

١ ـ كفاية آليات التعلم الأساسية: ونقص هذه الآليات هو سبب رئيسي من أسباب التقصير المدرسي الحاد. وهذه الآليات هي التهجئة، حفظ جداول الجمع والطرح والضرب والقسمة ثم في مرحلة لاحقة تصريف الأفعال واستعمال الضمائر المناسبة. فإذا ما تأخر تعلم الطفل لهذه الآليات سنتين عن المعدل الوسطي كان ذلك دليلاً على تخلف درجة أولى وكلما زادت هذه الفترة كلما كانت دليلاً على حدة التخلف. وفي حالة الطفل الطبيعي فإنه لا يواجه مشاكل تعلم على هذا الصعيد إلا في حال تدخل عوامل خارجية (الطفلة الذئب... إلخ).

٢ ـ تحريك الآليات وتسخيرها للتعلم: وهذا التحريك يعتمد على الذكاء الديناميكي القسمة أو الضرب... إلخ. إذاً فإن هذا التحريك يعتمد على العقلنة. وهذه العقلنة لا تكتمل

في رأي عالم النفس A. Rey إلا في مرحلة لاحقة. وقد أثبتت مختلف الأبحاث الحديثة صحة هذا الرأي ذلك أن مفهومي الزمان والفضاء لا يتكاملان لدى الطفل إلا فيما بين الـ ٩ و الـ ١١ سنة. والحقيقة أن هذا التحريك لا يعتمد فقط على الذكاء ولكنه يعتمد أحياناً على الذاكرة. وفي حال عجز الطفل عن تحريك الآليات الأساسية التي تعلمها في مرحلة سابقة فإن هذا العجز يعكس إما ضعف الذاكرة أو ضعف القدرة على الربط المنطقي.

٣ ـ الهياكل: [١] ونعني بها العمليات النفسية العاملة على ربط الآليات الأوتوماتيكية الأساسية بالنشاط الفكري البناء. والطفل يسجل المعلومات الأوتوماتيكية معتمداً على ذاكرته. ويبدأ بناء الهياكل من طريق تجسيد المعلومات المحفوظة بأمثلة حسية تعتبر الهياكل الأولى في تكوين ذكاء الطفل المدرسي. ومن الممكن أن يتم تكوين هذه الهياكل عن طريق التكرار حتى تأخذ الهياكل الأولى شكلاً أوتوماتياً. وبهذا فإن الهياكل هي بمثابة تطوير وتكثيف للمعلومات السابقة ولكن بشكل ذهني أكثر تطوراً.

وهكذا فإن الوصول للحل الصحيح لأي مشكلة أو مسألة حسابية من شأنه أن يدعم هذه الهياكل ويرسخها أكثر فأكثر، بل

(١) في كتابنا العقل والذاكرة استعملنا تعبير المخططات العقلية للدلالة على هذه الهياكل وشرحناها تفصيلاً.



هذه ليست تفاحة.Ceci 'nest pas une pomme

إن ما يسبب التشوش لدى الناس ليست الأشياء والأحداث بحد ذاتها وإنما الأفكار والتصورات التي يكونوها لأنفسهم حول الشيء أو الحدث .

وكثيراً ما يقع الإنسان فريسة أفكاره وتصوراته .

ويطورها، في ذهن الطفل. وهي تعتبر منطلقاً لتفكيره وسندٍ له بحيث يصعب عليه التطور الفكري إذا ما تأخر في تكوينها.

٤ ـ تحريك الهياكل: إن طريقة الطفل في تحريك الهياكل أو المخططات العقلية ومزجها ببعضها البعض استخلاصاً لمخططات جديدة متطورة (راجع نظرية مارتي في تنظيم الجهاز النفسي صفحة ٢٧) هي طريقة خاصة بكل طفلٍ على حدة. فمن جهته يقول مارتي[1] بأن ردات الفعل الانعكاسية لا تلبث أن تتمايز في انتظامها، من طفل لآخر بحيث تؤدي إلى تخظرب العضلات في الأجهزة المسؤولة عن الحفاظ على توازن الجسم ووضعيته. وهذا التنظيم إنما يتم بالتناسق مع تخظرب العضلات في الأجهزة الأخرى المعنية. وقس عليه بالنسبة للروابط النظرية ـ السمعية ذلك من خلال التوظيف الغريزي المرتبط تأكيداً بمختلف أنواع المزاج النرجسي والعلائقي والمرتبط أيضاً بمختلف أنواع التمثلات. وهكذا يعود المحلل مارتي بتحريك المخططات العقلية رابطاً بينها وبين المخططات الحركية المتكونة قبل سن العامين. أما الباحثون النفسيون فيقررون أن بناء وتحريك الهياكل إنما يتم اعتماداً على أربعة عوامل هي: ١ ـ مستوى الذكاء، ٢ ـ نوعية الذكاء، ٣ ـ الضغط النفسي و ٤ ـ الحقل العقلي

---

(١) انظر الحلم والمرض النفسي والنفسدي، المركز ـ دار الإنشاء، صفحة ٧٠، تأليف البروفسور بيار مارتي، ١٩٨٧.

(Champ mental) . ويقصد به أفق التفكير ففـي حين يكتفـي البعض بالهياكل المتعلمـة ـ المدروسـة فإن البعض الآخـر يذهب بعيداً في ابتكار هياكل جديدة وهنا نستطيع الـكلام في الأفق الفكري الواسع .

٢ ـ المشاكل النفسية ـ الشائعة عند الأطفال

هنالك العديد من العادات السيئة الشائعة عند الأطفال لدرجة تدفع الأهل إلى إهمال طرح الأسئلة حولها و بالتالي إلى إهمال علاجها. وهذه العادات قد تكون في بعض الأحيان عابرة وغير مؤثرة على نمو الطفل وتطوره العقلي إلا أنها تكون في بعض الأحيان انعكاسات خطيرة لأمراض عقلية ـ عصبية تستوجب التدخل السريع.

والحقيقة أن هذه الاضطرابات هي أكثر من أن تحصر لذلك سنقتصرها على ذكر أكثرها شيوعاً وعرضة للإهمال. وفي هذا المضمار سنركز على الاضرابات التالية:

١ ـ التأتأة واضطربات اللغة.
٢ ـ التشوهات الخلقية التي تطال الحواس.
٣ ـ سلس البول.
٤ ـ مص الإصبع وقضم الأظافر.
٥ ـ العصابات الحركية (هز الرجل، الرقبة... إلخ).
٦ ـ العدائية المبالغة.
٧ ـ الخوف وخاصة الليلي منه.

٨ ـ وساوس القلق .

١ ـ اضطرابات اللغة :

كنا قد عرضنا للتأتأة أنواعها وعلاجها . لذلك سنكتفي بعرض لاضطرابات اللغة التي يمكن أن تنشأ عن أسباب تشريحية في الأجهزة الصوتية ، عن بعض الأمراض العقلية وعن عدد من الاضطرابات هي :

أ ـ الاضطراب اللغوي ـ العاطفي : ويمتاز بعدم احترام قواعد اللغة وضمائرها وتتخلله علائم التعجب . وهو فيزيولوجي لدى الأطفال في بداية تعلمهم للغة ومرضي لدى البالغ المصاب باضرابات العمه Aphasique ، فقدان تناسق الحركات Apraxo ، انعقاد اللسان Agnoza .

ب ـ اضطراب اللغة التلاعبي : وهو أيضاً لا يحترم قواعد اللغة . بل يتلاعب فيها . والبالغ قد يستعمل هذا الأسلوب في حواراته الحميمة وكذلك الطفل أثناء اللعب . ويكون هذا الاضطراب مرضياً حين يرافق حالات الخرف الدماغي Involution mentale .

ج ـ اللغة العملية : وتتخللها العديد من الأخطاء اللغوية وجملها قصيرة ومقتضبة وتصادف لدى المهووس .

د ـ اللغة التمثيلية : وهو اضطراب ينال العجزة والأطفال عندما يبدأون بالكلام مع أنفسهم . وهو على شكل رواية .

هـ ـ اللغة الحوارية: وهي لغة الحوار الطبيعي والمحافظ على الترابط المنطقي للأفكار وبين السؤال والجواب. وفيه تستبعد الأخطاء اللغوية والألفاظ النابية.

٢ ـ التشوهات الخلقية التي تطال الحواس:

ونعني بها مجمل التشوهات الحسية والحركية التي يمكن أن يولد الطفل حاملاً لها أو يتعرض لاحقاً للإصابة بها. وهذه التشوهات قد تكون منبعاً لإعاقة الطفل عن متابعة نموه النفسي في أوضاع طبيعية مما يؤدي إلى اضطرابات اللغة والسمع وأحياناً الاثنين معاً.

ولا تتعدى نسبة الإصابة بهذه التشوهات الـ ١ إلى الـ ٢٥٠٠ حالة. ولكن احتمال الإصابة يتعاظم في الحالات التي يمر بها الحمل بمخاطر وعندما يولد الطفل مبكراً. في مثل هذه الحالات يرتفع احتمال الإصابة إلى الواحد في كل ألف حالة.

ولعل أهم هذه التشوهات هي تشوهات الأعضاء الصوتية (سقف الحلق، اللسان، الأسنان، اللثة... إلخ) وتشوهات السمع. وإذا كانت الأولى سهلة الاكتشاف فإن اضطرابات السمع صعبة الاكتشاف حتى أن الإحصاءات تشير في أن ٨٠٪ من حالات اضطراب السمع اكتشفت متأخرة بحيث يصبح علاجها صعباً. هذا في الدول المتقدمة فما بالنا بالمجتمعات النامية حيث لا تجرى الفحوصات الطبية اللازمة للوليد. خاصة وأن الإحصاءات تشير إلى أن اضطراب السمع

يصيب ١٠٪ من المواليد وإن كان لا يتخذ شكلاً خطراً إلا لدى ١٪ منهم. ولكن هذه الاضطرابات، حسب حدتها، هي حجر عثرة في طريق النمو الطبيعي للطفل. فهي تعيقه عن تلقي المعلومات بشكل جيد مما يخلق لديه صعوبات التعلم التي يمكن لها أن تأخذ منحنيات خطرة كمثل عجز الطفل عن تعلم اللغة وبالتالي عن الكلام أو على الأقل تأخر هذا التعلم كما يمكن لاضطرابات السمع أن تكون الخطوة الأولى نحو التخلف العقلي دون وجود أية آفة عقلية. ففي مثل هذه الحالات يمر الطفل بالمرحلة الحرجة دون أن يستغلها ومن ثم يصعب تعليمه فيصل إلى حالة التخلف العقلي في درجته الأولى (الغباء). ومما قد يزيد الأمور تعقيداً جهل الأهل الذي قد ينعكس بالقسوة في معاملة الطفل عوضاً عن البحث عن التشوه المتسبب في قيامه بالتصرفات المزعجة.

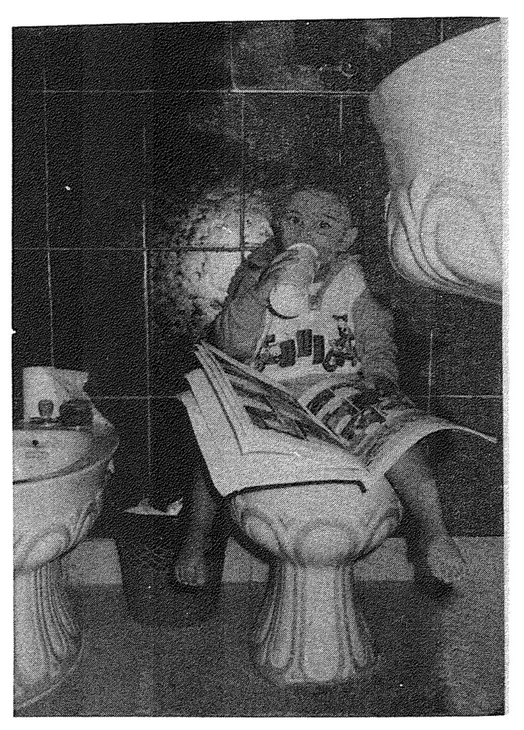
ولنعد إلى السمع فإن الفحص الاختصاصي يجب أن يجري لدى الولادة في عمر الشهر وفي عمر الستة أشهر حين يستطيع الفحص أن يجزم بوجود أو بعدم وجود اضطراب في السمع.

٣ ـ سلس البول **Enuresie** :

ونعني به فقدان التبول اللاإرادي، خاصة أثناء النوم، الذي يستمر بعد عمر الـ ٤ سنوات. والتبول يمكن أن يكون أولياً (طفل لم ينظف) أو ثانوياً (يعود الطفل للتبول الليلي بعد

فترة نظافة). وفي الحالة الأولى يجب الانتباه الشديد ما إذا كان سلس البول مترافقاً مع اضطراب النطق أو السمع أو بعض مظاهر الاضطراب الحركي. ففي مثل هذه الحالات يكون سلس البول مظهراً مرضياً يجب الوقوف طويلاً عنده وإجراء سلسلة من الفحوصات.

أما في الحالة الثانية فإن عودة التبول قد تأتي بمثابة احتجاج (على ولادة أخ جديد استأثر باهتمام الأهل) أو بمثابة رفض لتخطي مرحلة الطفولة الأولى. وقد ينشأ سلس البول عن النوم العميق للطفل بحيث يعجز عن وعي حاجته للتبول. وفي الحالات التي يكون فيها السلس عاطفياً ـ نفسياً يجب على الأهل عدم معاقبة الطفل وإنما دعوته للمساهمة في تنظيف الآثار وأن يشرحوا له أن التحكم بالبول هو مسألة تخصه وحده وهو قادر على التحكم به. إلا أننا وفي بعض الأحيان مضطرون للجوء إلى العلاج النفسي للحالات التي يكون فيها الاضطراب عميقاً. على أن العلاج الطبي التقليدي لهذه الحالات ولحالات النوم العميق يقتضي إعطاء الطفل مضاداً للانهيار من نوع الـ Imipramine بجرعٍ تتناسب وعمره.



إن تحكم الطفل ببرازه وتبوله هي من مقاييس نموه العضوي ـ النفسي. والطفل عندما ينظف فإنه يعتبر أنه يقدم لأمه هدية من خلال تبرزه. وهذا ما يسميه فرويد بالمرحلة الشرجية.

٤ - مص الإصبع وقضم الأظافر:

إن عملية مص الإبهام تبدأ عندما يكون الطفل جنيناً بعد في بطن أمه[١]. كما أن عدداً كبيراً من الأطفال يولدون وهم يمصون أصابعهم. وهذه العملية تعتبر بمثابة تمرين على عملية الرضاعة. ويعتبر المحلل أوتورانك أن مص الإصبع هو بمثابة نكوص إلى عهد الرضاعة وكأن الطفل يطلب الثدي من جديد. في حين يميل بعض المحدثين من المحللين إلى اعتبار مص الإصبع بمثابة نكوص إلى المرحلة الجنينية. وهذا النكوص يحصل في حالات الاضطراب النفسي لدى طفل موهوب يملك على الأقل ذاكرة قوية جديرة بمساعدته على التعلم. ولكن هذا الكلام لا يعني مطلقاً إهمال علاج الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال. خاصة وأن هذه العادة وعادات أخرى مثل قضم الأظافر وشد الشعر وغيرها تظهر لدى الطفل إثر وعيه لمشكلة ما (خلاف الأهل، الذهاب إلى المدرسة، ولادة أخ جديد... إلخ) ومن الملاحظ أن هذه العادات هي أكثر انتشاراً في المجتمعات المتقدمة وفي العائلات التي يعاني أعضاؤها من الشدة النفسية. أما عن علاج هذه الحالة فهو لا يتم بدهن الأصابع بعصير البصل، كما يفعل البعض، ولكن عن طريق تنمية ثقة الطفل بنفسه ومساعدته على التكيف مع أسباب اضطرابه وكذلك الإصغاء له ولمشاكله. وبعد ذلك

---

(١) التقط البروفسور Nilson صورة لرضيع في شهره الرابع وهو يمص إبهامه.

نعرض عليه صور تشوهات الأسنان التي يحدثها قضم الأظافر ومص الإصبع (تشوه اللثة، القوس الأعلى يندفع للأمام، القوس الأسفل يتراجع للوراء). أما الخطوة الأخيرة للعلاج فهي الطلب من الطفل أن يقضم أظافره (حين لا يمارس ذلك) لأننا بذلك نكون قد حولنا هذه العادة من لا إرادية إلى إرادية وبهذا يكون الطفل أكثر قدرة على التحكم بها.

٥ ـ العصابات الحركية :

ونعني بها تلك الحركات التي قد تبدأ في السن ما قبل المدرسي وتستمر لغاية ما بعد البلوغ والمتمثلة بحركات تشنجية لا إرادية يمكن السيطرة عليها بصعوبة لفترة معينة. ومن هذه الحركات نذكر هز الرجل، تحريك الرقبة، حك الأنف وأيضاً قضم الأظافر... إلخ. وهذه العصابات ذات علاقة وثيقة بالحالة الانفعالية للشخص فهي تختفي أثناء النوم وأثناء القيام بالأعمال التي تجلب كامل انتباه المريض. وهذه العصابات مثلها مثل الهيستيريا ممكن أن تنتقل بالعدوى (النفسية) من طفل لآخر.

وهذه العصابات تصيب نسبة تتراوح بين ١٠ و ٦٠٪ من الأطفال. وهي تصيب الذكور أكثر من الإناث. أما عن علاجها فهو دوائي شبيه جداً بعلاج حالات اضطراب النطق والسلس البولي.

٦ ـ العدائية المبالغة :

كثيراً ما يراجعنا الأهل طالبين الحلول للعدائية المبالغة وكذلك العناد لدى أطفالهم. وكثيراً ما تصل هذه العدائية حداً يدفع الأهل إلى عرض الطفل على الطبيب. وفي هذا المجال نقول أن الطفل وابتداءً من عمر السنة ونصف السنة يعمد إلى اختبار قدرته في التأثير على محيطه ومثال ذلك الطفل الذي ذكرناه في تجربة كرايوفا[1] والذي كان يكسر كل ما تقع عليه يداه عن طريق رميه على الأرض فإذا ما رأى ردة فعل البالغ الغاضبة بدأ الطفل بالضحك. وهكذا فإن العدائية تعود في جذورها إلى سن الـ ١٨ شهراً. وهي دليل من دلائل تطور ذكاء الطفل ولكن عندما يحدث أن يبالغ الطفل بهذه العدائية فعلى الأهل أن يتدخلوا ولكن بحذر. إذ أن تدخلهم بعنف يضيف على مشكلة العدائية مشكلة أخرى هي العناد.

في مثل هذه الحالات على الأهل أن يدركوا أن هذه العدائية ليست موجهة ضدهم ولكنها طريقة أولية يختبر من خلالها الطفل قدرته على التأثير بهم. وعليه فعندما تصل عدائيته إلى الحدود التي تزعجهم فما عليهم إلا تجاهلها فالطفل عندما يدرك أنه غير قادر على التأثير عليهم من خلال عدائيته فإنه سيقلع عنها لوحده وسيحاول أن يبتكر أساليب أخرى، غير العدائية، للتأثير بهم وهنا يجب على الأهل

---

(١) انظر كتاب العقل والذاكرة، فصل نشأة العقل.

الاستجابة لهذه المحاولات وتشجيعها وإظهار تأثرهم بها. وعلى أية حال فيجب ألا تغيب القاعدة الذهبية عن بال الأهل وهي: للطفل أيضاً حقوقه وواجباته.

٧ ـ **الخوف وخاصة الليلي منه:**

كثيراً ما يحدث أن يستيقظ الطفل مذعوراً والهياج بادٍ عليه بعد صرخة توقظ الأهل، أو يوقظهم الطفل نفسه، فيرون ولدهم يتصبب عرقاً، لون بشرته مائل للاصفرار، وعيناه جاحظتان وكأنه يرى شيئاً مرعباً أمامه. إن هذه الحالة من شأنها استنفار الأهل واستثارة فزعهم. ولكن الأبحاث تدل على عدم وجود مرض نفسي خلف هذه الحالة التي يراها البعض على أنها انعكاس لعجز الجهاز الوظيفي لما قبل الوعي وبالتالي عجز الوظيفة الحلمية الناشيء أصلاً عن معاناة نفسية في نفس الطفل. أما البعض الآخر فيؤكد عدم ترابط الذعر بالأحلام وبالتالي بالحياة الحلمية وكذلك عدم ارتباطه بأمراض عصبية أو عقلية. على أن الجميع متفقون على أن الغالبية العظمى من حالات الذعر لدى الأطفال ليست بالحالات المقلقة. وتوصف هذه الحالة عيادياً على النحو التالي: طفل بين الرابعة والحادية عشر (غالباً ذكر) يستيقظ بعد فترة من نومه (بين النصف ساعه والثلاث ساعات) مذعوراً (كما وصفناه أعلاه) عاجزاً عن التعرف على من حوله ثم ينام مجدداً ليستيقظ دون أن يكون قادراً على تذكر ما حدث.

ولعل أبرز الباحثين في هذا المجال هو البروفسور Jacques Didier Duche الذي يؤكد أن الذعر الليلي عند الأطفال ليس بالمرض الخطر أو المقلق ، وإن كنا لا نزال نجهل أصوله وأسبابه المرضية ، ولكنه من المستحسن عرض الطفل على الطبيب بغية وضع التشخيص التفريقي (أي تحديد ما إذا كانت هذه النوبة تخفي مرضاً من نوع آخر مثل الصرع مثلاً) . وفي حال استقرار التشخيص على الخوف فإن العلاج لا يتعدى إعطاء الطفل عقاراً مهدئاً من نوع البار بيتيرات (Barbiturique) أو الاتاراكس (Hydroxizine) أو التيريلان (Therelene) . . . إلخ . هذا طبعاً بالإضافة إلى إبعاد الطفل عن الإثارات (خلافات أهل . غيرة ، ضرب . . . إلخ) والمهيجات . إضافة أيضاً لتأمين قواعد صحية سليمة للنوم تهدئة الغرفة ، نظافة السرير ، سرير مريح . . . إلخ) .

٨ ـ وساوس القلق . والكآبة :

تبدأ وساوس الطفل ومظاهر كآبته في مرحلة مبكرة جداً من طفولته حين يعجز عن الإعراب عنها بلغة غير البكاء . ويكفينا في هذا المجال أن نذكر بحالة الطفل الكئيب في أشهره الأولى الذي أعرب عن كآبته وعن عدائيته نحو أمه عن طريق تجنب النظر إليها لأنها لم تكن توليه العناية الكافية (كانت ترغب بإنجاب بنت) . بل ونذكر بقول فرويد «إن صدمة الولادة هي أولى تجارب القلق في حياة الإنسان» .

ومع نمو الطفل العضوي - النفسي تنمو فيه معاناته ويكبر وقعها وتأثيرها. ونذكر هنا بقول Sartorius بأن الانهيار والكآبة لا يفرقان بين شخص وآخر بل يصيبان الجميع إذ أن لكل شخص أسبابه التي يعتبرها كافية لإصابته بهما. وعليه فإن الطفل وحده يستطيع أن يفهم معنى فقدان لعبة عزيزة عليه أو معنى انتقال أخيه الأكبر إلى مدرسة أخرى... إلخ. بل إن الأطفال كثيراً ما يفاجئونا بوعيهم لمجموعة من المشاكل التي نظنهم عاجزون عن إدراكها (إدراكهم لخلافات الأهل، استيعابهم للأزمات المادية أو الاجتماعية... إلخ) وهكذا فإن أسباب ومنابع كآبة الأطفال ليست دائماً ساذجة.

والحقيقة أن هذه المعاناة هي دليل تطور إحساس الطفل ونمو قدراته الإدراكية وهي تمرين لهذه القدرات في الوقت ذاته. من هنا فإن دور الأهل ينحصر بمتابعة اتصالهم بالطفل (مما يسمح لهم بملاحظة التغيرات الطارئة عليه ومنها الكآبة وتقدير مدى تأثره بها) كالعادة. وهذا الاتصال يعني فيما يعنيه تخصيص وقت بسيط للاستماع يومياً إلى ما يريد الطفل أن يقوله لوالديه وتشجيع هذه الأحاديث عن طريق أخذ المواقف المحايدة من معاناته ومحاولة تخيل تأثيرها عليه. فإذا ما أدرك الأهل أن كآبة طفلهم هي كآبة عابرة مستندة لأسباب طفولية منسجمة مع سنه فإن عليهم في هذه الحالة مواساة طفلهم عن طريق جذب أفكاره من مسببات الكآبة وتوجيهها نحو المرح بدعوته لنزهة أو للقيام بالأعمال التي تكون عادةً مصدر سعادة له.

أما في حالة تكرار مظاهر الكآبة والقلق وديمومتها بالرغم من محاولات الأهل فإن الوضع عندها يقتضي مراجعة الطبيب النفسي لأن هذه الكآبة قد تكون أولى مقدمات أو مظاهر اضطراب عقلي يقتضي تدخل الطبيب. والشيء ذاته يقال عندما يصر الطفل على الترتيب أو النظافة بشكل مبالغ فيه وغير متناسب مع عمره.

الفصل الثالث

الطب النفسي وتهيئة المربين

١ - دور الأم في تربية الطفل .
٢ - تربية الأطفال المعرضين للإصابة بمرض عقلي .
٣ - الطفل في ظل خلافات الأهل .
٤ - تربية الأطفال العباقرة .
٥ - دور المربي في تنمية ذكاء الطفل .
٦ - العلاج النفسي العائلي .



في البداية لعب الطب النفسي دوراً محدوداً في التربية تمثل في التدخل السلبي لعلاج الأطفال المرضى، ولكن هذا الدور ما لبث وأن تطور حتى بات يلعب دوراً وقائياً مهماً. واليوم تتعدى طموحات الأطباء النفسيين هذه الأدوار نحو محاولة تربية أطفال عباقرة. فالأطباء العاملون في هذا المجال مقتنعون بإمكانية زيادة مستوى الذكاء البشري عن طريق تعليم الإنسان الباكر. وقد استطاع هؤلاء أن يتوصلوا لتعليم طفلٍ يبلغ الثلاثة سنوات التكلم باللغة اليابانية إلى جانب الإنكليزية.

أمام هذه الوقائع نلاحظ أن برامج تهيئة المربين وتدريبهم تتغير وبسرعة من عام لآخر حتى بات المربون مجبرين على متابعة دورات سنوية حتى يلحقوا بالركب الحضاري في مجال تربية الطفل.

فيما يلي سنحاول أن نعرض لأحدث الخطوات المتعلقة بنصائح الأطباء النفسيين وبقية الباحثين النفسيين في مجال تربية الطفل. وسنركز البحث على النقاط التالية:

١ ـ دور الأم في تربية الطفل.
٢ ـ تربية الأطفال المعرضين للإصابة بمرض عقلي.
٣ ـ الطفل في ظل خلافات الأهل.
٤ ـ تربية الأطفال العباقرة.
٥ ـ دور المربي في تنمية ذكاء الطفل.
٦ ـ العلاج النفسي العائلي.

١ ـ دور الأم في تربية الطفل

يقول العالم D. Winnicot : «إن ذلك الشيء المسمى بالرضيع لا وجود له. فنحن لا نستطيع الكلام عن الرضيع دون الكلام عن عناية الأم به».

وكما سبقت الإشارة فإن العلاقة أم ـ طفل تعود في جذورها إلى المرحلة الجنينية حيث يتأثر الجنين بالوضع النفسي ـ الفيزيولوجي لأمه وببعض خصائصها الوراثية[١] ثم تأتي الولادة التي يعتبرها فرويد أولى تجارب القلق في حين يؤكد وينيكوت أن جهازه العصبي يكون أضعف من أن يعي الولادة كفراق لجسد الأم. فالوليد وإن كان مالكاً لجهاز عصبي ـ غددي شبه متكامل إلا أنه لا يعي هذا الجهاز ولا يملك السيطرة عليه. ومن المهم أن نعلم أن الوليد البشري يولد غير مكتمل النمو (على عكس الحيوانات التي تستطيع أن تمشي بعد بضعة ساعات من ولادتها) وهو يعتمد كليةً على أمه في تأمين نواقص تجهيزه وكذلك في اكتمال نموه. وهكذا فإن الأم تكون بمثابة أول اتصال للطفل ووسيلته الوحيدة للاتصال بالعالم

---

(١) راجع كتاب ذكاء الجنين في هذه السلسلة.

الخارجي هذا الاتصال الذي يعتبر حجر الأساس في بناء أنا الطفل وشخصيته. وبناء هذه الأنا يجب أن يرتكز على إحساس دائم بالحياة وبالوجود وهذا الإحساس يدوم عن طريق الأم وعن طريق قيامها بالشحن النرجسي المتكرر لطفلها. وإعادة الشحن هذه تقتضي من الأم الحساسية البالغة بحيث تكون قادرة على التمثل بطفلها (بحيث تتخيل نفسها مكانه) مما يتيح لها أن تفهم حاجاته وتجيبه عليها. فالطفل المتألم لا يملك الوسائل للتعبير عن نفسه فيكتفي بالبكاء، رفض الطعام وتبدو لديه اضطرابات النوم. هذا ويؤكد الدكتور Titran أن غياب عناية الأم يهدد تكامل أنا الطفل التي لا تزال قيد التكوين. ومما يدعم هذا الرأي التجربة المجراة على قردة حديثة الولادة تم انتزاعها من أمهاتها فكانت النتيجة أن فقدت هذه الحيوانات شعورها بالأمان وقدرتها على التكيف مع القردة الطبيعيين[1]. وحياة الرضيع في البداية تتمحور حول اتصاله بأمه ويرى البعض أن طريقة حمل الأم لطفلها هي بحد ذاتها اتصال بالطفل فإذا ما حملته من تحت إبطيه فإن ذلك دليل خوفها عليه وهذا يزيد في تبعية الطفل.

وفي مرحلة لاحقة يبدأ الطفل بمحاولة الاتصال بالعالم الخارجي فمع بداية زحفه على أيديه ورجليه يكون الطفل قد كون مفهوماً ثنائي البعد عن العالم الخارجي. وعندما يصل

---

(١) ذكرنا هذه التجربة في كتابنا ذكاء الرضيع في هذه السلسلة.

الطفل إلى عمر الـ ١٥ ـ ١٨ شهراً ويبدأ السير على قدميه فهو قد اكتسب النظرة الثلاثية الأبعاد. ومع هذا الاكتساب يبدأ الطفل باستيعاب معاني أمام ـ وراء، فوق ـ تحت، عالي ـ منخفض. ومع هذا الاستيعاب يتوصل الطفل إلى تفحص إمكانياته الجسدية، وتحديد موقع جسده في الفضاء المحيط به. وفي هذا المجال يقول: (٢) «إن صورة الجسم وصورة العالم يتم بناءها في ذات الوقت من خلال جهاز علائقي يعتمد على آليات الإسقاط والاستدخال». وإذا ما تم تكوين صورة الجسم لدى الطفل فإن بإمكانه الاعتماد على نفسه في عددٍ من الحركات ومنها اختراق الشارع. ولكنه عاجز عن القيام بذلك قبل بلوغه سن السادسة حين يصبح قادراً على تحديد المسافة وسرعة السيارات. ففي هذه السن يبدأ الطفل بتحديد موقعه في الزمان والمكان. إذ يخلط الطفل، قبل هذه السن، بين الأمس والغد ويعجز عن التفريق بينهما. والطفل عندما يقول: «عندما كنت شاباً فهو لا يرتكب فقط خطأً لغوياً ولكنه أيضاً يعكس سوء فهمه لمفهوم الوقت والزمان. هذا ويعتقد العديد من العلماء الباحثين أن مفهومي الفضاء والزمان لا يكتملان لدى الطفل قبل سن الحادية عشرة وذلك بمساعدة الأم.

خلال هذه المراحل يلاحظ أن الدور الرئيسي في بناء أنا الطفل وبالتالي شخصيته وتطورها هو دور الأم. فالأم هي التي

---

(١) Vocabulaire de Psychotherapie viul. Fayard.

تعيد شحن نرجسية طفلها منذ كونها أولية. وهكذا فإن العناية الأمومية هي الأساس الذي يبني عليه الطفل شخصيته وأي اضطراب في هذه العناية (زيادة أو نقصان) يعكر هذا البناء.

على أن دور الأم في تربية الطفل يصادف العديد من المفارقات بحيث بات بعض الباحثين يتكلمون وبحرية مطلقة عن الأمهات الرديئات. وهذا موضوع يقتضي نقاشاً طويلاً. مما يجعلنا نكتفي بعرض التعريفات المميزة للأم الرديئة.

١ ـ الأم المبالغة بالعناية بطفلها: وهذه العناية المبالغة من شأنها أن تجعل الطفل متردداً منغلقاً على ذاته وضعيف الثقة بذاته وبقدراته.

٢ ـ الأم المصدرة للأمراض النفسية ـ الجسدية: يعتقد العديد من الباحثين في هذا المجال أن بعض الأمراض النفسية ـ الجسدية إنما تعود إلى علاقة المريض بأمه[١].

٣ ـ الأم المذوبة: وهي تلك الأم التي تستحوذ على طفلها في علاقة لا واعية قد تتجسد بـ عقدة جوكاست[٢] وقد تصل إلى حد ارتكاب المحارم.

٤ ـ الأم المريضة عقلياً: تدل الدراسات على أن تعلق

---

(١) من هذه الأمراض: القرحة (راجع كتابنا الأمراض النفسية وعلاجها ـ شخصية أم مريض القرحة). والربو (انظر الربو عند الأطفال في هذه السلسلة) والسكري وكرون... إلخ.

(٢) عقدة جوكاست وهي رغبة الأم بممارسة الحب مع ابنها.

طفل ما بأمه المريضة عقلياً وتقليده لها ومحاولته التمثل بها هي عوامل من شأنها أن تشجع خطر إصابة الطفل نفسه بهذا المرض العقلي.

٥ ـ الأم المهملة: وينشأ عن هذا الإهمال اضطراب نمو الطفل (تبعاً لحدة الإهمال).

٦ ـ الأم غير المتكيفة اجتماعياً: وهذه الأم تنقل لطفلها مجموعة من الأفكار، المواقف والتصرفات التي تتعارض مع آراء ومواقف المجتمع مما يجعل الطفل معانياً لصعوبات جمة في التكيف مع مجتمعه مما يعيق نجاحه وتطور شخصيته.

٢ ـ تربية الأطفال المعرضين للإصابة بمرض عقلي

يرتفع احتمال الإصابة بمرض عقلي، لدى طفل متحدر من أهل مرضى، ليبلغ الـ ١٥٪ إذا كان أحدهم مصاباً وما بين ٤٥ و ٦٠٪ في حال إصابة كلا الوالدين. وهذا الوضع دفع بالقيمين على الوقاية النفسية على طرح السؤال: ماذا يحدث بالنسبة للـ ٨٥٪ الباقين بين الأطفال؟ وهل يمكننا معرفة سر نجاتهم كي نستخدمه في وقاية الـ ١٥٪ من الأطفال المعرضين للإصابة؟.

هذا ويعتبر البروفسور أنتوني E. James Anthony [١] رائد هذه الأبحاث. فقد درس أربعمائة طفل يتحدرون من أهل مصابين بانفصام الشخصية أو بالهوس الانهياري أو معاقون جسدياً. ومن خلال هذه الدراسة أراد الباحث تحديد الظروف والمميزات المتاحة للأطفال الذين يقاومون المرض. وقام أنتوني بدراسة عوامل الخطر لدى كل طفلٍ من

(١) البروفسور أنتوني هو مدير معد الأبحاث لتطوير الطفل التابع لجامعة سان لويس بواشنطن.

هؤلاء على حدة. وقد توزعت هذه العوامل على النحو التالي : [1]

- عوامل جنينية : وهي وجود أمراض عقلية في عائلة الطفل ووراثته.

- عوامل خلقية : وتنجم عن أمراض الأم قبل أو أثناء الحمل، تعرضها للضغوطات أثناء الحمل وكذلك فإن هذه العوامل تشتمل الآثار التي تخلفها الولادة العسرة على الطفل.

- عوامل تكوينية : وتشمل اضطرابات الحواس وخاصة السمع.

- عوامل تطورية : وجود أسباب محيطية أعاقت الطفل عن النمو الطبيعي.

- عوامل طبية : أعراض الطفولة الحادة والمزمنة.

- عوامل بيئية : الفقر، خلافات الأهل، الطلاق، تغيير أماكن السكن، إصابة الأهل بالاضطرابات العقلية أو بالإعاقات الجسدية... إلخ.

- عوامل رضية : ناجمة عن تعرض الطفل لرضات جسدية، انفعالية أو جنسية.

وقد وضع أنتوني لكل من هذه الأسباب علامات تراوحت بين ٠ و ٦ علامات. وبعد دراسة هذه العوامل وإعطاء

(١) راجع جدول عوامل الخطر في كتابنا ذكاء الجنين K. Lindeman

العلامات المناسبة لها وبعد جمع هذه العلامات صنف أنتوني الأطفال، موضوع الدراسة، إلى فئتين :

١ ـ معرض للإصابة بالمرض وهو الطفل الذي حصل على علامة تتراوح بين ٢٨ و ٤٢ نقطة .

٢ ـ غير معرض للإصابة وهو الطفل الذي حصل على أقل من ١٣ نقطة .

ويعتبر أنتوني أن هذه العلامات من شأنها أن تفسر لنا كيف يمكن لأطفال العائلة الواحدة أن ينشأوا مختلفين بحيث يصاب أحدهم بالمرض العقلي وينجو آخر . هذا ويؤكد أنتوني بأننا لا نستطيع أن نتبين التوازن العام للطفل من خلال مهاراته لوحدها بل علينا تحديد كفاءته الداخلية وهي ملكة تقييم ، تنظيم وتذكير مجموعة المعطيات المتعلمة وخلف هيكل تفكير منظم يستطيع الطفل الرجوع إليه في تحليلاته ويستطيع أن ينظم تطوير مهاراته المستقبلية .

هذا وقد تابع أنتوني وفي منتهى الدقة الأطفال الذين أظهرت الاختبارات النفسية احتمال إصابتهم بالمرض . وحاول أن يجنبهم هذه الإصابة عن طريق اتباعه لأربعة طرائق هي التالية :

أ ـ العلاج النفسي التقليدي : الفردي أو الجماعي والموجه نحو تنمية ثقة هؤلاء الأطفال بأنفسهم وبإمكانية اعتمادهم عليها . وبهذا يتم تنظيم الأنا لدى الطفل .

ب ـ التطهيرات : ويقصد بها تحرير الشخص من وطأة حدث معين عن طريق تذكيره به وجعله يعيشه مجدداً. وقد تركزت التطهيرات على النوبات الحادة للأهل والتي يتذكرها الطفل ويعيها.

ج ـ التدخل الإيجابي بالتصحيح : ويهدف إلى تقويم نظرة الطفل للواقع وإبعاده عن الأفكار الهذيانية. وقد استعمل أنتوني مع هؤلاء الأطفال طريقة الحكاية غير المكتملة والتي يجب على الطفل إكمالها. وهذا التكميل يكون في جمل تمتد من منتهى الواقعية إلى منتهى اللامعقول. ويحاول المعالج تصحيح هذه التكميلات ومساعدة الطفل على الاقتراب من الواقع في أجوبته.

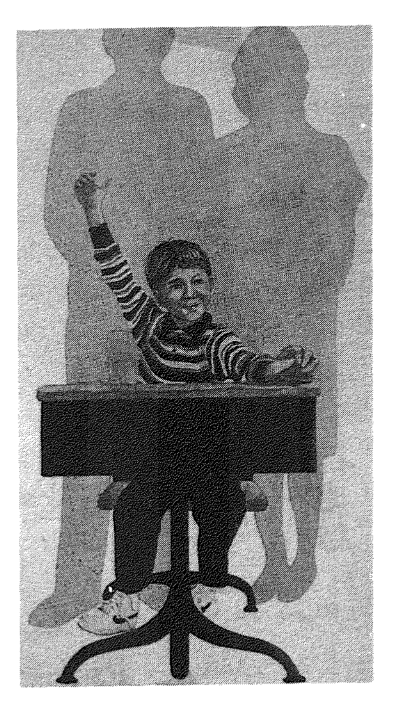
د ـ المحادثة الواقعية : ومن خلالها يحاول المعالج أن يساعد الطفل على استيعاب حقيقة مفادها أن المظاهر المرضية لدى المريض (الأب أو الأم) من خوف، قلق عدائية إنما تعود للمرض. أما بالنسبة لهم، أي للأطفال، بما أنهم غير مرضى فلا يوجد أي داعٍ لخوفهم وقلقهم.

بهذه الطريقة توصل أنتوني إلى خفض نسبة تعرض هؤلاء الأطفال للإصابة بشكل ملحوظ. فمن ضمن الـ ٤٠٠ طفل الذين أجريت عليهم الدراسة فإن ستة أطفال فقط ظهرت لديهم العلائم الذهانية. (طبعاً سيكبر هذا العدد لاحقاً مع تقدم هؤلاء الأطفال في مراهقتهم وشبابهم).

٣ - الطفل في ظل خلافات الأهل

إن الخلافات الزوجية في المجتمع الشرقي تترك آثاراً، في نفسية الطفل، أعمق كثيراً منها في سائر المجتمعات. ومرد ذلك إلى عددٍ من العوامل المكونة للاوعي الجماعي في هذا المجتمع. فالرجل الشرقي، وبالتالي الأب، هو إنسان ينعم بحقوق وبقوة مميزة يستمدها من الأعراف والتقاليد. عدا عن كون الطلاق أسهل نسبياً منه في بقية المجتمعات فإذا ما أصفنا إلى هذا الوضع فكرة الأم الفائقة القوة، التي يكونها الطفل عن أمه، نلاحظ أن خلاف الأهل في مجتمعنا يضع الطفل في مفترق صعب من شأنه أن يشوش وعيه لذاته وللعالم المحيط به.

والحقيقة أن تأثر الأطفال وتفاعلهم مع خلافات الأهل تختلف باختلاف عمر الطفل. فالطفولة الأولى، كما يتفق كافة علماء النفس، هي محور تنظيم الجهاز النفسي عند الطفل. وهذا التنظيم إنما يتم على مراحل متوازية مع النمو العضوي - العصبي للطفل. وبما أن المجال يضيق بنا هنا عن تعداد هذه المراحل، ودراسة تأثير كل منها على الطفل، فإننا سنكتفي



تفاهم الأبوين ودعمهما العاطفي لطفلهما هما الدعامات الأساسية لتوازن الطفل واستقرار شخصيته.

بعرض حالات محددة تنتمي إلى مراحل ما قبل المدرسة والمدرسة. متخذين من هذه الحالات أمثلة على تأثير خلافات الأهل في المسار الطبيعي لنمو الأطفال ونضجهم.

الحالة الأولى:

حنان، فتاة في الرابعة من عمرها، تراجع لأجل السلس البولي الليلي الذي ظهر فجأة لديها دون أي سبب ظاهر. إلا أن والدتها تلاحظ أن هذا السلس ترافق مع حالة من الهدوء تصفها الأم بالنضج المبكر. فقد تحولت هذه الفتاة، وبصورة مفاجئة، من مشاغبة إلى شديدة الهدوء. وفي الوقت نفسه ابتدأت تبول ليلاً. وفي تحرينا للظروف العائلية المؤدية لهذا التغير تبين أنه أتى عقب خلاف عنيف بين الأهل هدد الأب على أثره بالطلاق.

من الملاحظ أن هذا الخلاف قد انعكس بشكل بالغ العنف في نفس الطفلة. ذلك أن سلس البول في هذه الحالة ما هو إلا انعكاس لفقدان الأمان العاطفي. أما الحالة التي تصفها الأم بالنضج فهي في الحقيقة حالة انهيارية والسلس هو أحد مظاهراتها العضوية[1].

(1) تختلف هذه المظاهرات العضوية من طفل لآخر. فالحالة هنا هي حالة انهيار مقنع يصيب طفلة في الرابعة. وهذا الانهيار يفتح الباب عريضا أمام الأمراض النفسية الجسدية وفي مقدمتها الربو. في هذا المجال يمكن مراجعة كتبنا: الانهيار العصبي والربو عند الأطفال.

ولنتناول هذه الحالة بالتحليل وصولاً لتعميم هذا المثال حتى يشمل تأثير خلافات الأهل على الطفل قبل المدرسي. وهذا التحليل في رأينا هو التالي:

- في السن المتراوحة بين ٣ و ٥ سنوات يبدأ الطفل بتكوين ضميره الأخلاقي عن طريق تمييزه بين ما هو حسن (خير) أو سيء (شر). ومع بداية هذا التمييز يبدأ الطفل بالإحساس بالذنب. فإذا ما أضفنا مشاعر الذنب الناشئة هذه إلى الأهمية التي يوليها الطفل لأناة معتبراً نفسه محور العالم[١]. فإننا ندرك عندها لماذا يعتبر الطفل نفسه مسؤولاً عن خلافات والديه. فهو يفكر بأنه لو لم يكسر إناء الزهور لما اختلف والداه! إلى ما هنالك من مشاعر الذنب التي يحيط الطفل نفسه بها.

هكذا كانت حنان تعتبر أن خلاف والديها إنما نجم عن مشاغبتها لذلك عمدت إلى اختبار الهدوء آملة بذلك أن تمنع حصول خلاف آخر بين والديها. ولكنها بهذا وجهت عدائيتها نحو ذاتها ولم تستطع حنان تحمل العدائية والذنب معاً فأصيبت بالانهيار المقنع والسلس البولي هو أحد المظاهر الجسدية لهذا الانهيار.

---

(١) إنها حالة الـ Egocentique التي يمر بها الأطفال في هذه المرحلة. فيما أنهم محور اهتمام والديهم الأقوياء وبما أنهم بدأوا يخوضون الصراعات ويفجرون عدائيتهم فإنهم يعتبرون أنهم الأهم في هذا العالم. وهذه الصفة قد تدوم في مراحل لاحقة حتى بعد النضج.

الحالة الثانية :

عصام، طفل في التاسعة، من الأطفال المهذبين والمتفوقين في دروسهم. تتبدى عليه فجأة علائم العدائية والانحراف، ترسله مدرسته للمراجعة الطبية للأسباب التالية: تأخر مستواه المدرسي، التدخين، العدائية نحو رفاقه بالضرب ونحو أساتذته بالكلام اللاذع. والسبب المباشر هو طلاق والديه.

إن الذكور في هذه المرحلة يميلون عادةً لتوجيه عدائيتهم نحو الآخرين. في حين تميل الإناث إلى توجيهها نحو ذواتهن (يحككن وجههن حتى خروج الدماء، يلجأن للسكون كعقاب للذات... إلخ). وهذه العدائية في كلتا الحالتين تعكس حالة انهيارية لا تلبث أن تتبدى من خلال بكاء الطفل المتبدي بشكل انهياري واضح. ومن خلال تعاطينا مع مثل هذه الحالة علينا أن نتذكر أن العقدة الأوديبية تجد حلها في سن الست سنوات حيث يتنازل الطفل عن تعلقه بأمه، ليس لأنه خسر المعركة، ويكتشف أن عليه أن يوجه جهوده نحو أهدافٍ أخرى (التحصيل، العلاقات مع رفاقه، الأساتذة... إلخ). فإذا ما فاجأ الطلاق أطفال هذه المرحلة فإننا نرى أن مواقفهم تختلف باختلاف العوامل التالية:

- النظرة للأب: هل هو القوي المسيطر (وعندها يؤدي تماهي الطفل بأبيه لأن يبدو واثقاً من نفسه، وأن يفجر عدائيته

نحو الآخرين) أم هو ضعيف ومغلوب على أمره (وعندها يؤدي تماهي الطفل بأبيه إلى شعوره بالتبعية وقد يرى في جنسه مسألة يتمرد عليها بل وتتسبب في إحباطه).

- من المسؤول عن الطلاق: إن للطفل تقديراته الخاصة في تحديد من المسؤول عن الخلاف أو عن الطلاق، فإذا مال الطفل لاتهام الأب (وهو موضوع يتشبه به في هذا العمر) فإن حكمه يكون أقل قساوة مما لو اعتبر أن الأم هي المذنبة ففي هذه الحالة يكره الطفل كافة النساء. وسواء أنجم هذا الكره عن الخوف من سلطة الأم القوية أو عن التمرد على الأم التي دفعت بالوالد للطلاق فإن كره الصبي للنساء يمتد لفترة تتجاوز السنتين بل أنها قد تستمر لغاية مطلع شبابه.

- من هو المفقود: إن الطرف الذي يبقى إلى جانب الطفل لا بد وأن يتمتع بسلطة وبتأثير عاطفي على الطفل. ولكن ذلك لا يمنع الطفل من النظر بحنين إلى الطرف الآخر الذي فارقه. والطفل لا يستطيع مناقشة هذا الحنين بحرية مع الطرف الذي يعيش معه. فيعمد الطفل إلى كبت هذه المشاعر ليفجرها من خلال أحلامه أو من خلال ألعابه أو حتى من خلال تمرده كما هي حال عصام.

في مثل حالة الطفل عصام نقوم بتقديم الخطوط العريضة للحل وإن كان تنفيذها الفعلي يصطدم بعقبات كثيرة. وهذه الخطوات هي:

١ ـ بسبب موقفه العدائي من النساء عامة يجب أن نوجد لهذا الطفل بديلاً للسلطة الأبوية (إذا لم يكن ممكناً أن نعيده لسلطة الأب). وذلك عن طريق تدخل أحد أقرباء الأم من الرجال وإشرافه على تربيته.

٢ ـ من المعلوم أن الأستاذ هو أول بديل للأب في نظر الطفل. ومن هنا فمن المناسب وضع الطفل (في وضع عصام) في صف مدرسي يشرف عليه أستاذ وليس معلمة قد تكون مظهراً من مظاهر تمرده.

٣ ـ العلاج السلوكي: وبخاصة إغراء الطفل كي يوظف طاقاته في التحصيل المدرسي.

٤ ـ تربية الأطفال العباقرة

كان العلماء لفترة قريبة جداً ينفون تمتع طفل ما دون العشرة أشهر بأي شكل من أشكال الوعي. ولكن المعطيات والأبحاث الحديثة قدمت العديد من البراهين التي تدحض هذا الرأي. وها نحن نعيد استعراض أهمها وهي: ملكية الجنين للذاكرة الحركية، السمعية والحسية ـ الحركية، ملكية الرضيع لعددٍ من الارتكاسات الشرطية التي تعتبر بمثابة تطوير لارتكاسات بدائية متكونة في المرحلة الجنينية. وبناءً عليه أسقط في يد بعض الباحثين في علم النفس الطفولي وبدأوا بتوجيه أبحاثهم نحو استغلال هذه القدرات العقلية وتطويرها منذ لحظة الولادة. وذلك بهدف استغلال السنوات الطفولية الأولى أقصى استغلال ممكن وصولاً لتربية أطفالٍ عباقرة يكونون نواة إنسان القرن الحادي والعشرون المتفوق. وتتركز جهود مربي العباقرة على الوليد منذ لحظة ولادته فلا يكاد يفتح عيونه حتى يبدأوا بتعليمه مبادىء القراءة والحساب معتمدين على قدراته العصبية، الذهنية البدائية معوضين هذا النقص عن طريق التكثيف والتكرار.

وتم التوصل بهذه الطريقة إلى عدد من النتائج الملفتة للنظر وعلى سبيل المثال نذكر أن أحد هؤلاء الأطفال توصل لحل كل المعادلات الحسابية وهو بعد في شهره الثامن عشر في حين توصل آخر في عمر السنتين إلى تكلم لغة أخرى إلى جانب الإنكليزية أما الآخر فقد كان علماً بمبادىء المعلوماتية وهو لم يزل في الثالثة من عمره!

وبالرغم من هذه النتائج فإن تربية الأطفال العباقرة تواجه حالياً معارضة قوية تصل إلى حد القول بأن لها تأثيرات سلبية على قدرات العقل البشري. وتتركز هذه المعارضة على النقاط التالية:

١ - يلاحظ أطباء الأطفال، المشرفون على متابعة الأطفال المربين على هذه الطريقة، وجود تناذر انهياري لدى بعض هؤلاء الأطفال وهم في سن الثالثة.

٢ - أحد الأطفال المربين على هذه الطريقة، كان قد تعلم القراءة وهو بعد في الثالثة من عمره، يفيد بأنه كان يقرأ ولكن دون أن يفقه شيئاً مما يقرأه. وبالمقارنة مع أخيه، الذي تعلم القراءة في الخامسة، فقد تأخر هذا الطفل (المربى على الطريقة الحديثة) لغاية بلوغه العشر سنوات كي يقرأ أول قصة في حياته في حين قرأ أخوه (المربى بالطريقة التقليدية) قصته الأولى في عمر السبعة سنوات.

٣ - يعتبر بعض الباحثين أن الطريقة الوحيدة لتربية

الطفل العبقري تكمن في إيجاد وسيلة اتصال مباشرة معه. فبهذه الطريقة وحدها يمكن التفاعل مع الطفل وتطوير ذكائه.

٤ - يرى غالبية المربين النفسيين أن الطريقة الحديثة المطروحة هي طريقة صالحة لتحويل الطفل إلى قردٍ عالم أو إلى نوع من الكومبيوتر البشري فهؤلاء الأطفال يملكون العديد من المعلومات دون أن يعوها أو أن يفقهوا أبعادها وتطبيقاتها.

ومع هذه المعارضة العنيفة تستمر التجارب في محاولات دائبة لإيجاد طريقة لتربية الطفل العبقري. وهذه التجارب هي في رأينا صالحة للتطبيق، على الأقل، في ميدان الطب العقلي حيث يعاني المتخلفون صعوبات في تعلمهم تستطيع هذه التربية أن تزيلها أو على الأقل التخفيف من حدتها.

في النهاية نقول أن آمال تربية الطفل العبقري لم تعد بعيدة المنال خاصة إذا ما قرأنا هذه الأبحاث بالاكتشافات المتتابعة للناقلات العصبية - الدماغية. وهذه الأبحاث يمكن أن تؤدي وفي فترة قريبة إلى تغيير بعض المفاهيم الأساسية للتربية.

٥ ـ دور المربي في تنمية ذكاء الطفل

يحدد الباحث[١] M. Rutter ستة عوامل يعتبرهـا أساسـاً لظهـور الاضطرابـات النفسية لدى الأطفـال. وينصـح هذا الباحث المربين بالاطلاع على ظروف الأطفال الذين يشرفون عليهم وتحديد معاناة الأطفال لهذه العوامل.

بهـذه الطريقـة يستـطيع المربـي المساهمـة في تجنيب الطفل لخطر التعرض للإصابة بالاضطرابـات النفسية. وهـذه العوامل هي التالية:

١ ـ الخلافات الحادة بين الوالدين.
٢ ـ الطبقة الفقيرة ـ المعدمة.
٣ ـ كثرة عدد أفراد العائلة والذين يعيشون في منزلها.
٤ ـ الاضطرابات النفسية لدى الأم.
٥ ـ انحراف الأب وميله نحو الإجرام.
٦ ـ إيداع الطفل ومنذ طفولته المبكرة في دور الحضانة أو المياتم.

(١) Hichal Ruttr. Prof. Psychiatrie infantile a l'Institut de Londres

وفي دراسة أجراها على أطفال الأحياء الفقيرة في لندن. توصل روتر إلى النتائج التالية:

١ ـ إن الأطفال المتعرضين لواحد فقط من العوامل الستة لم يصابوا باضطرابات نفسية أكثر من الأطفال العاديين.

٢ ـ ارتفعت نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية إلى الضعف لدى الأطفال المتعرضين لعاملين من العوامل الستة وذلك مقارنة مع الأطفال غير المعرضين لأي من هذه العوامل.

٣ ـ كلما ازداد تعرض الطفل لهذه العوامل، كماً ونوعاً، كلما ازدادت احتمالات إصابته بالاضطراب النفسي.

وعليه فإن أولى واجبات المربي هو تحديد مدى تعرض الطفل لهذه العوامل وابتكار الوسائل التي من شأنها أن تقلل من آثار هذا التعريض (مخيمات، نشاطات فنية، رياضية، أدبية، الاتصال بالأهل وتوعيتهم... إلخ). وبهذا يكون المربي قد لعب دوراً وقائياً بالغ الأهمية بالنسبة لتطور الطفل من الناحية العقلية والذهنية معاً.

بعد هذه الخطوة الوقائية على المربي أن يتخذ عدداً من الخطوات الإيجابية الهادفة إلى استثارة قدرات الطفل ودعوته لممارستها. ولهذه الخطوات اختصاص قائم بحد ذاته. يمكننا تلخيصه على النحو التالي:

١ ـ التربية الصحية: وتقتضي تعليم الطفل الالتزام

بالقواعد الصحية في سلوكه اليومي والاهتمام بنظافة جسده ونظافة أماكن تواجده.

٢ ـ التربية الاجتماعية: وتعني تدريب الطفل على تجنب الأعمال والحركات المنفرة اجتماعياً ومساعدته على تكوين سلوك اجتماعي يسهل اتصاله بالآخرين وعلاقاته معهم.

٣ ـ تربية الحواس: قد نفاجأ إذا ما علمنا نتائج الإحصاءات القائلة بأن الغالبية العظمى من البشر يستخدمون حواسهم بشكل سيء حتى أنهم لا يحسنون التنفس. وتربية الحواس هذه تقتضي أن نعود الطفل على الصمت ومن ثم على التأمل وبعدها الاسترخاء وأخيراً نطبق التمارين التي من شأنها تمرين الحواس كل حاسة على حدة.

٤ ـ التعلم: ويدخل في نطاق البرامج المدرسية المحددة كي تجاري متوسط الذكاء الطفولي في مجتمع ما.

٥ ـ الألسنية: وتلعب الدور الأهم في تنظيم الجهاز العقلي لدى الشخص. وذلك على الأقل برأي علماء مثل بياجيه، لاكان وغيرهم كثيرون ممن يعلقون بالغ الأهمية على دور اللغة في نمو الذكاء. ولكن المؤسف هو أن الألسنية لم تجد بعد تعريبها وملاءمتها كي تناسب الطفل العربي.

٦ ـ اللعب: لا يشكل اللعب وسيلة تسلية للطفل وتساهم في تطوره لكنه يشكل أداة أساسية في تطوير قدرات

الطفل العقلية الحسية، الحركية والعاطفية. وإذا كان اللعب أداة مساعدة في حالة الطفل السليم فهو علاج متكامل في حالة الطفل المتخلف[1].

(١) انظر العلاج باللعب في كتاب العلاج النفسي العائلي في هذه السلسلة.

٦ - العلاج النفسي - العائلي [1]

مما تقدم نستنتج أن للطفل جهازه النفسي الذي وإن تميز بالأولية والبدائية في فترة الرضاعة إلا أنه يتطور تدريجياً ليصل إلى درجة التكامل في مرحلة لا تتجاوز سن الستة سنوات. حينما تكتمل عناصر هذا الجهاز من أنا أعلى وهو وإن بقيت هذه العناصر بحاجة للخبرة وللتنظيم. وبناءً عليه فإن الطفل ومنذ لحظة ولادته يتفاعل مع أمه أولاً ومن خلالها مع العالم الخارجي الذي لا يلبث أن يتوسع تدريجياً ليشمل الأب وسائر أفراد العائلة ومن ثم الأجواء المدرسية. وإنه لمن الطبيعي أن يتأثر الطفل بالأجواء العائلية بشكل خاص. وهذه التأثيرات أثبتتها العديد من التجارب، التي ذكرنا بعضها، وهي التالية:

١ - صورة الطفل الوهمي[2] لدى كلٍ من الأم والأب.

---

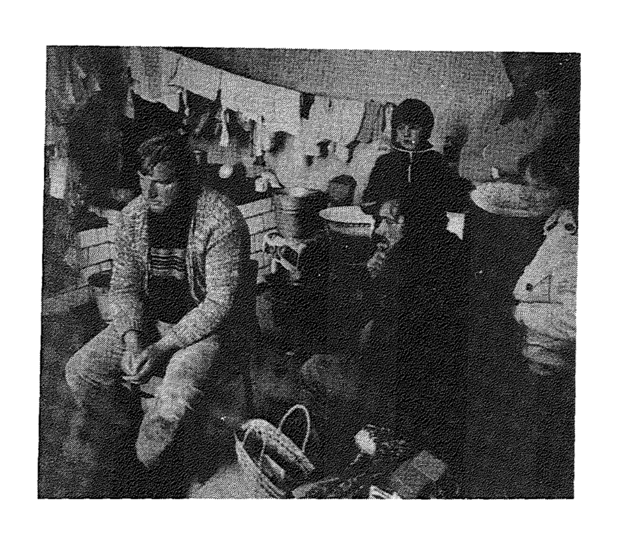
(١) خصصنا لهذا الموضوع كتاباً خاصاً في هذه السلسلة.

(٢) الطفل الوهمي: أثناء الحمل تتخيل الأم الطفل القادم وتسقط عليه أمانيها والصفات التي تريدها فيه. وعندما تتم الولادة يأتي المولود مخالفا لخيال الأم. وكلما ازداد الاختلاف بين الوليد وبين الطفل الوهمي كلما شعرت الأم بخسارة أعمق ينجم عنها رفض الوليد.

وهو الطفل الذي كان كل منهم يود إنجابه. والطفل الوهمي يختلف عن المولود الحقيقي لأن الأول من نسيج الخيال. فإذا ما كان الطفل وهمي ذكراً وكان المولود أنثى فإن هذا الوضع سيفرض حالة عائلية تتجلى برفض المولودة والتعلق بالطفل الوهمي.

٢ ـ العناية الصحية: نلاحظ أن بعض العائلات تهمل إهمالاً واضحاً فيما يتعلق بتأمين الشروط الصحية للطفل. وهذا الإهمال يبدأ منذ لحظة الولادة حيث يتم الوضع على يد غير اختصاصية وفي ظروف غير صحية. ثم يأتي المولود دون أن يتم إخضاعه للفحص الطبي ليقضي طفولته بعدها دون أية لقاحات أو أية إجراءات وقائية. وغياب هذه العناية من شأنه أن يعرض الطفل لقائمة من الأمراض التي لا تحد فقط نضجه ولكنها قد تؤثر في مستقبله العملي وربما تهدد حياته.

٣ ـ كثرة الأطفال: وهذه المشكلة سائدة في مجتمعنا. ومما يزيد في آثارها السلبية ضيق الفترة بين حملٍ وآخر بحيث نصادف في بعض العائلات ثلاثة أطفال في سن قبل المدرسة وفي آنٍ معاً. إذ يكون صغيرهم رضيعاً ومن ثم الطفل في السنتين وآخر عمره ثلاثة سنوات ثم تطول القائمة لتشمل سبعة أطفال أو يزيد. وفي مثل هذه الحالات فإن المشكلة تتعدى ازدحام المنزل إلى عجز الأم عن تقديم الرعاية الكافية لهؤلاء الأطفال فهي تتوزع بينهم دون أن تكون قادرة على كفاية أي منهم.



يلاحظ الباحثون أن الفقر واكتظاظ المنزل يشكلان عاملان رئيسان في تعريض الطفل للإصابة بالاضطراب النفسي والعقلي.

٤ ـ عدم تنظيم الأسرة في مجتمعنا يولد مجموعة من المشاكل المعقدة التي يضيق المجال هنا لمناقشتها. ومن هذه المشاكل نذكر الزواج المبكر، إنجاب عدد كبيرٍ من الأولاد، تعدد الزوجات، الطلاق وغيرها من العوامل التي إذا ما اجتمعت في أسرة واحدة فإن من شأنها أن تدفع أطفالها نحو الاضطراب النفسي والانحراف.

ونكتفي بهذا العرض للعوامل العائلية الرئيسية المؤثرة في التوازن النفسي للطفل. فلو أردنا استعراض كافة هذه العوامل لاضطررنا لمناقشة آراء مدارس العلاج العائلي كافة. وفي النهاية فإننا نعرض آراء مدرسة العلاج العائلي القصير الأمد لمؤسسها واينبرغر Weinberger . والعلاج على هذه الطريقة يحتاج لـ ٤ إلى ٦ جلسات علاجية فقط. وينطلق هذا العلاج من مبدأ أن الطفل والعائلة تتفاهمان مبدأياً إلا أن هنالك بعض المشاكل الناجمة إما عن الجهل أو عن آمال غير موضوعية يعلقها أحدهم على الآخر. وبما أن الأهل هم الذين يطلبون العلاج فإن واينبرغر يعلق أهمية كبرى على تحديد رؤيتهم لمشاكل طفلهم ولآرائهم فيها ومن ثم تتم دراسة موقف الطفل من هذه المشاكل. وبعد استيعابه لهذه المواقف والآراء يعمل المعالج على الإيحاء، لكل من الطفل وأهله، بكيفية بلوغ أهدافهم ومطالبهم من الآخر آخذين بعين الاعتبار قدراته الفعلية بحيث لا يثقلوا عليه خالقين الأجواء المتوترة من حوله.



المراجع

١ - الحلم والمرض النفسي والنفسدي، تأليف بيار مارتي، مركز الدراسات النفسية ١٩٨٧.

٢ - العقل والذاكرة، تأليف د. محمد أحمد النابلسي، مركز الدراسات النفسية ١٩٨٨.

٣ - Roth, W. Pop, H: Problemes de defectologie 1970.

٤ - De la psychanalyne a la pediatrie Winnicot, Payot, Paris.

٥ - الأمراض النفسية وعلاجها، تأليف د. محمد أحمد النابلسي، مركز الدراسات النفسية، الطبعة الثانية، ١٩٨٧.

٦ - الانهيار العصبي تأليف د. محمد أحمد النابلسي مؤسسة الرسالة، دار الإيمان ١٩٨٦.

٧ - — L ipsit. L. P. The study of sensory aud learning processes of the new born.

٨ - — Otto Rank: Le traumatisme de la naissance, Payot, Paris.

٩ - Psychologie clinique ed Academie 1985. —

١٠ - ذكاء الجنين ، في هذه السلسلة .

١١ - ذكاء الرضيع ، في هذه السلسلة .

١٢ - Les insucces scolaires, que sais - je? - P. U. F. — Paris

١٣ - Psychiatrie, A. Sirbu, ed. Didac. pedago. 1981. —

١٤ - Le super genie, rev. psychologies 1986 / 24 / 32. —

١٥ - L'ordre psychosomatique, D. Pierre Marty, — Payot, Paris 1981.

١٦ - Zusman.

للمؤلف

١ ـ الأمراض النفسية وعلاجها ـ دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية ـ منشورات مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية. الطبعة الأولى ١٩٨٥، الطبعة الثانية ١٩٨٧.

٢ ـ الانهيار العصبي، أسبابه، مظاهره وعلاجه. منشورات الرسالة ـ الإيمان ١٩٨٦.

٣ ـ أمراض القلب النفسية، منشورات الرسالة ـ الإيمان، ١٩٨٧.

٤ ـ ذكاء الجنين، منشورات دار الجيل، الطبعة الأولى ١٩٨٦.

٥ ـ الحلم والمرض النفسي والنفسدي، مترجم للبروفسور بيار مارتي، منشورات مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية ودار الإنشاء ١٩٨٧.

٦ ـ عيادة الاضطرابات الجنسية، مترجم للدكتور جاك واينبرغ، منشورات مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية ـ دار الإنشاء، ١٩٨٨.

٧ ـ سلسلة علم نفس الطفل (٧ أجزاء) منشورات دار النهضة العربية ١٩٨٨.

٨ ـ قراءة التخطيط الدماغي، منشورات دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

٩ ـ فـرويد والتحليل الذاتـي، منشـورات دار النهضـة العـربية، ١٩٨٨.

١٠ ـ أسس ومبادى الفحص النفسي، منشورات المركز ـ جروس، ١٩٨٨.

الأبحاث الأجنبية:

1. Méthodes non invasives pour le diag. de l'H. T. A Univ. Craiova 1984.
2. Influence des beta bloquants sur l'H. T. A. emotionell Craiova 1983.
3. Stress et Infarct myocardique, Craiova 1983.
4. Rèhabilitation psychique du malade tuberculeux Craiova 1984.
5. Psychosomatique et Sexologie, 1986.
6. E. C. G. en Psychologie, 1987.
7. Les nèvroses de la guerre, 1987.

تحت الطبع:

١ ـ العقل والذاكرة.

٢ ـ العقاقير في العلاج النفسي.

٣ ـ عيادة الاضطرابات النفسية والعقلية.

الفهرست

الفصل الثالث
الطب النفسي وتهيئة المربين

هَذا الكِتاب

إن التربية الصحية هي السلاح الأقوى للصحة العامة (منظمة الصحة العالمية) والصحة العقلية ـ النفسية تصنف اليوم في مقدمة اهتمامات الصحة العامة. فاتساع رقعة هذه الاضطرابات في مجتمع ما يؤدي إلى شلل هذا المجتمع. وعليه فإن دوراً من أهم أدوار الطب النفسي المعاصر هو العمل للوصول بأفراد المجتمع إلى أفضل مستوى نفسي وعقلي ممكن حتى يتمكن المجتمع من الإفادة من أفراده بشكلٍ أفضل. على هذا الأساس يلعب الطب النفسي أدواراً مهمة في ميادين قد تبدو بعيدة عن حقل اهتماماته. ولعل الدور الأساسي من بينها هو دوره في التربية. وقد تناولنا في هذا الكتاب موضوعاً يبدو لنا محتاجاً للكثير من الانتباه والتركيز ألا وهو موضوع «الطب النفسي ودوره في التربية». وقد ناقشناه في الوجوه التالية:

تربية الجنين، الرضيع، المعاقين حسياً، جسدياً وعقلياً ثم استعرضنا لأهم المشاكل النفسية الشائعة عند الأطفال. مثل التأتأة، سلس البول، العصابات الحركية... إلخ. وأنهينا كتابنا بمناقشة دور الأم والمربين في التربية. وهذا الكتاب هو الخامس في سلسلة علم نفس الطفل المؤلفة من الكتب التالية:

١ ـ ذكاء الجنين.
٢ ـ ذكاء الرضيع.
٣ ـ ذكاء الطفل قبل المدرسي.
٤ ـ ذكاء الطفل المدرسي.
٥ ـ الطب النفسي ودوره في التربية.
٦ ـ العلاج النفسي ـ العائلي.
٧ ـ الربو عند الأطفال.